瑞穂町特別養護老人ホーム入所申込書

保 険 者 が 瑞 穂 町 の 方 用

申　込　日
令和　　年　　月　　日

申込者（窓口に来た人）

氏　名		本人との続柄	□配偶者　□子（同居・別居） □その他　（　　）
住　所	〒　　－		
電　話	携帯電話		

入所希望者の状況	被保険者番号		認定有効期間	令和　　年　　月　　日まで
	ふりがな 氏　名		要介護度	1・2・3・4・5
			性 別	男 ・ 女
	生年月日	明 ・ 大 ・ 昭　　年　　月　　日　（ 満　歳 ）		
	現住所	〒　　－		
	入所希望施設	□良友園　□フラワープラム　□みずほ園　□不老の郷		
	ご本人の居所	□在宅　□病院　□老人保健施設　□その他（　　）		
		施設名		
		期 間　　平成　年　月　日から入所・入院している		
		住 所　　電話　　電話		
主な介護者	ふりがな 氏　名		性 別	男・女　本人との関係
			生 年 月 日	明・大・昭　年　月　日
	同居の区分	□ 同居している □ 別居している（住所　　）		
	介護している上で困っていること			

連絡先	氏 名　　続柄	住所	
		電話　　携帯電話	
	氏 名　　続柄	住所	
		電話　　携帯電話	

同意書	私は、この申込書の内容を保険者・在宅介護支援センター・私の担当ケアマネージャーへ提供することに同意します。また、入所申込者名簿作成にあたり、転出等の資格移動状況について、入所申込をした施設から保険者へ確認することに同意します。 本人署名

※この申込書に「介護保険被保険者証」のコピーを添付してください

瑞穂町特別養護老人ホーム入所申込者状況表

3-2

保険者が瑞穂町の方用

申込日
令和　　年　　月　　日

被保険者番号		氏　　名	
記入者		本人との関係	

同居の方について	□ひとり暮らし　□ご夫婦のみ（相手の方の年齢　　歳） □ご夫婦以外に同居者がいる（どなたですか　　）	
入所希望者を主に介護している方について	介護している方は	□配偶者　□その他（　　）　年齢　　歳 □健康である □難病等である（病名　　）　□障害がある（　級・度） □要介護1以上　□要支援　□病　弱 □働いている（週　　時間）　□働いていない □本人以外にも介護をしている　□育児中
	介護している方の精神的負担	□本人に対し思わず怒鳴ったり、暴力を振るったり、振るいそうになる □本人に対し思わず無視したり、放置したり、放置したくなる □本人に対し動かないように縛る、鍵をかけるなど、抑制することがある □その他（具体的に　　）
介護を手伝う方について	介護を手伝う方は、□いる（どなたですか　　）□いない	
お住まいについて	今のお住まいは、□自宅　□自宅以外（具体的に　　） → 自宅以外にお住まいの方は、戻る自宅が　□ある　□ない	
介護する上での住宅問題について	□2階以上の建物でエレベーターがない　□介護専用の部屋がない □自分の部屋とは別の階にトイレや風呂がある □家屋が著しく老朽化（築20年以上）している　□立ち退きを求められている	
その他の特別な状況	□老人保健施設を転々としているため、本人の生活が安定していない □病院・有料老人ホーム等入院中で、経済的に問題がある □その他、入所を希望する事情がある （具体的に　　）	
本人について	□徘徊する　□奇声や大声をあげる　□暴言や暴力的な行為がある □夜間不眠や昼夜の逆転がある　□被害妄想がある　□火の不始末がある □食べ物以外の物を口の中に入れてしまう　□不快な性的行動がある □感情不安定である　□放尿がある　□放便がある　□不潔行為がある □介護に対して拒否的である □その他介護する上で問題行動となる行動がある （具体的に　　）	

裏面もご記入下さい

本人の日常生活状況（○印を記入）

状　況	自分で可	一部介助	全介助
歩　行			
トイレ			
食　事			
入　浴			
衣服着脱			

状　況	無	有
おむつ		
聴力障害		
視力障害		
言語障害		
認知症		

障害がある
級・度

その他

特別な医療の状況（当てはまるものにレ印）

□経管栄養　□胃ろう　□尿管カテーテル　□在宅酸素　□インシュリン
□人工透析　□ペースメーカー　□気管切開　□ストマ（人工肛門）
□中心静脈栄養　□褥　瘡　□疥　癬　□MRSA
□その他（　　）

介護保険サービス等の利用について

□在宅でサービスを利用している。　□施設に入所している。
入所施設名（　　）

入所希望の時期について

□すぐ入所したい　□1年以内に入所したい
□いずれ入所したいが、まだ在宅で生活したい
□その他　（　　）

入所を希望している人は誰ですか

あてはまるものすべてを選んでください
□本　人　□配偶者　□同居家族　□別居家族
□その他　（　　）

担当の介護支援専門員（ケアマネージャー）はいますか

□い る　□いない
氏　名　　事業所名
所在地
電　話

主治医はどなたですか

氏　名　　医療機関名
所在地
電　話

（参考）瑞穂町内にある特別養護老人ホームへの入所申し込みについて

□2ヶ所以上の施設へ入所申込を　□している　□していない
入所希望順位が　□あ る　□な い
第1希望　（　　）　第2希望　（　　）
第3希望　（　　）　第4希望　（　　）

その他特記すべき事項