

(様式1-1)

ユニット型指定地域密着型特別養護老人ホーム別府石垣園 優先入居申込書

特別養護老人ホーム 別府石垣園 施設長 殿

入居を希望しますので、下記のとおり申込みます。

申込日	令和 年 月 日
受付日	令和 年 月 日
受付者	

【入居希望者】

ふりがな		性別	男・女	生年月日	
氏名				大・昭	年 月 日 (歳)
住所	〒 —				(TEL:) (FAX:)
被保険者番号		要介護度	1 2 3 4 5		
保険者番号		保険者名			
初回要介護認定年月日	年 月 日		認定の有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
認定審査会の意見等					

※上記(初回要介護認定年月日以外)は、入居希望者の介護保険被保険者証から転記願います。

申込者	住所	〒 —			(TEL:) (FAX:)
	ふりがな 氏名		入所希望者との続柄		
連絡先	住所	〒 —			(TEL:) (FAX:)
	ふりがな 氏名		入居希望者との続柄		

※申込者以外の方へ連絡を希望される方は、連絡先欄もご記入ください。

申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込む。 <input type="checkbox"/> 他の施設も申し込んでいる。又は、申し込む予定。 既に申し込んでいる施設名 () () () () 申し込み予定の施設名 () () () ()
------	---

説明確認欄	私は、入居申込に際し、入居順位の決定方法及び状況の変化に伴う届出について、施設から説明を受けました。 また、今後の別府市の施策の参考とするため、この申込書の内容を別府市に報告することに同意します。 令和 年 月 日 氏名 ()
-------	--

(様式1-2)

入居希望者等の状況

※担当介護支援専門員(その他生活相談員、看護師、介護員等)に記入していただく項目です。

※該当するものにレ印のうえ、その状況をご記入ください。

現在の居所	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らしをしている	<input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている(人家族)
	<input type="checkbox"/> 特養・老健などの施設や病院に入っている 施設又は病院名 () 施設等へ入所又は入院した時期 (年 月 日 から)	
入居希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ <input type="checkbox"/> 半年以内 <input type="checkbox"/> 1年以内 <input type="checkbox"/> その他()	
入居を希望する理由 (該当するものをいくつでも選んで下さい)	<input type="checkbox"/> 介護する者がいないため <input type="checkbox"/> 介護する者が遠く離れたところに住んでいるため <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」、「障がい」、「病気」等により介護することが困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者が就労していて介護することが困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者の身体的・精神的負担が大きいため <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により、十分な介護をすることが困難なため <input type="checkbox"/> 施設や病院から退所(退院)を求められているため <input type="checkbox"/> その他()	
医療に関する状況	(特別な医療的対応)	
	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> その他()	
	(現在治療中の病気等)	
認知症等による行動障がい (行動障がいの起きる頻度にもレ印を付けてください)	<input type="checkbox"/> 該当なし	
	<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 不穏行動 <input type="checkbox"/> 自傷行為 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 被害妄想	
	<input type="checkbox"/> その他()	
	<input type="checkbox"/> ほとんど毎日 <input type="checkbox"/> 週3~4回程度 <input type="checkbox"/> 週1~2回程度 <input type="checkbox"/> 月数回程度	

【介護に関する状況】

飲水食事摂取	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
排 尿	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
排 便	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
入 浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
歩 行	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
衣服着脱	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
視 力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やや見えにくい	<input type="checkbox"/> かなり見えにくい	<input type="checkbox"/> まったく見えない
聴 力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やや聞えにくい	<input type="checkbox"/> かなり聞えにくい	<input type="checkbox"/> まったく聞えない
意思の伝達	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やや伝えにくい	<input type="checkbox"/> かなり伝えにくい	<input type="checkbox"/> まったく伝えられない

(様式1-3)

介護者の状況

ふりがな		性	男	生年	大・昭				
氏名		別	女	月日	年	月	日	続柄	
					(歳)		
居住関係	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(住所:) 入居希望者宅までの所要時間(分)								
就労状況	<input type="checkbox"/> 就労していない <input type="checkbox"/> 就労している (週 日、週 時間程度)								
健康状態	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病弱・慢性疾患等で定期的に通院中(病名) ・入院していないが継続的な治療を要する(病名) ・要入院加療(ヶ月程度・病名)								
身体状況	<input type="checkbox"/> 障がい有(級・障がいの種類:) <input type="checkbox"/> 無								
要介護度	<input type="checkbox"/> 有(要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5) <input type="checkbox"/> 無								
他に対応を要する家族の有無	<input type="checkbox"/> 育児の必要な家族がいる(子供の年齢 歳) <input type="checkbox"/> 3ヶ月以上看病(付添)の必要な家族がいる(自宅療養・入院中) <input type="checkbox"/> 入居希望者以外に介護の必要な家族がいる <input type="checkbox"/> 有(要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 介護の必要な障がいを有する家族がいる(級・種類)								
介護協力者の有無	<input type="checkbox"/> 同居親族に協力者がいる <input type="checkbox"/> 同居以外の親族に協力者がいる <input type="checkbox"/> 親族以外の協力者(近隣者など)がいる <input type="checkbox"/> 協力してくれる人はいない								
【介護をされていて困っていること、その他特記すべき事項をお書きください。】									

※申込書に添えて提出する書類

Ⅰ 入居希望者の介護保険被保険者証(写)

Ⅱ 直近のサービス利用票及び別表(写)・・・現在、在宅でお過ごしの方のみ提出してください。

施設使用欄

(様式1-4)

入居希望者の親族の状況

同居の家族(※入居希望者本人については記入不要です。)					
氏名		生年月日	大・昭・平 年 月 日	続柄	
				就労状況	
氏名		生年月日	大・昭・平 年 月 日	続柄	
				就労状況	
氏名		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	続柄	
				就労状況	
氏名		生年月日	大・昭・平 年 月 日	続柄	
				就労状況	
氏名		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	続柄	
				就労状況	

