（様式１）

社会福祉法人すいよう会　共通入所申込書

初回申込日	令和　　年　　月　　日
今回受付日	令和　　年　　月　　日

申込者	氏　名		続柄：
	住　所	〒	
	電　話	固定：	
		携帯：	

入所を希望する施設に〇を記入してください。（複数の場合は優先順位を記入して下さい。）

	特別養護老人ホーム　アソカ園		グループホーム　ほの花
	小規模特別養護老人ホーム　なの花		ケアハウス　白寿
	看護小規模多機能型居宅介護施設 かんたきsatoiro		サービス付き高齢者向け住宅 かなふる中郷

入所者の状況	フリガナ		保　険　者	新居浜市　その他（　　）
	氏　　名	男・女	被保険者番号	
	生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日（　　歳）	要介護度	要支援１　・　要支援２ １　・　２　・　３　・　４　・　５
	現住所	〒	認定有効期間	平成 令和　　年　　月　　日から 平成 令和　　年　　月　　日まで
	電話番号	（　　）　　－		
	現　　況	□　自宅で一人で暮らしている □　自宅で家族と暮らしている □　別居だが同一敷地内又は近隣（約１㎞以内）に家族がいる □　施設や病院に入っている （施設・病院名：　　入所・入院日：　　）		
	介護者の有無	□　介護者が誰もいない　※自宅から１㎞以内にが介護者がいない場合のみ □　介護者がいる　介護者の氏名：　　続柄： 介護者の生年月日：　　年齢： ※入院中の場合は、自宅での生活を想定して記入してください		
	入所希望の理由 該当するものすべてを選んで下さい	□　介護者がいないため □　介護者が生活のため仕事に就いているので介護が困難なため □　介護者が未就学児の子や孫の世話をしているので介護が困難なため □　介護者が病気や障害などで介護が困難なため □　介護者が他の者を介護しているので介護が困難なため □　居住環境の事情により十分な介護が困難なため □　その他（　　） ※　施設や病院にいる場合は、自宅での生活を想定して記入してください		
	担当ケアマネ	居宅介護支援事業所名：　　担当ケアマネ： 病院の担当相談員（入院中の場合のみ）　名前：		

入所に関する説明を受け、次のことについて同意します。

〇市町村から要求があった場合、この申し込み情報を市町村へ提出すること、また、市町村等より入所判定に必要な情報提供を受けること。

〇担当の介護支援専門員や病院の相談員・看護師から入所判定に必要な情報提供を受けること。

令和　　年　　月　　日

氏名（本人又は代理人）　　印

入所申し込み者情報提供票

令和　　年　　月　　日

利用希望者氏名 ：

記入者（申込者の場合は空白で可）：　　受付職員 ：

介護保険	負担割合証：☐ １割　☐ ２割　☐ 3割		生活保護：☐ あり　☐ なし
	負担限度額認定証：☐１段階　☐ ２段階　☐ ３段階　☐ なし　☐ 分からない		
日常生活について	食　事	食事形態：主食（　　）　副食（　　）	
		食事動作：☐ 自力　☐ 一部介助　☐ 全て介助が必要	
	排　泄	排泄動作：☐ 自立　☐ 見守り　☐ 一部介助　☐ 全て介助が必要	
		排泄場所：☐ トイレ　☐ ポータブルトイレ使用　☐ おむつ使用	
	移　動	移動器具：☐ 何も使用していない　☐ 杖　☐ 歩行器　☐ 車椅子	
		移動状況：☐ 自立している　☐ 見守り必要　☐ 一部介助必要　☐ 全て介助必要	
	言　語	☐ 普通　☐ 聞き取りにくい　☐ 聞き取れない	
	聴　力	☐ 普通　☐ 聞こえにくい ☐ 難聴（補助器具の使用　☐ あり　☐ なし）	
	意思疎通	☐ 可能 ☐ 簡単な会話は成立する ☐ 難しい（ほとんど成立しない）	
認知症 精神の症状	認知症状　☐ あり ☐ なし どのような症状が見られますか？　一番困っていることは何ですか？ （　　）		
医療的処置	現病名（現在治療中の病気）	既往歴（過去にかかった病気、手術等）	
	かかりつけ病院：	かかりつけ医師：	
	※以下の項目に該当する場合はチェックを入れてください		
	☐ 尿導カテーテル　☐ 人工肛門（ストマ）　☐ 経管栄養（☐胃瘻　☐その他）		
	☐ 在宅酸素　☐ インシュリン注射　☐ 人工透析		
	☐ 中心静脈栄養　☐ 傷や褥瘡（床ずれ）の処置 （部位：　　）		
	☐ その他（　　）		
	現在服用している内服（わかる範囲でかまいません）		
サービスの利用状況	☐ デイサービス：週　　日	☐ 訪問看護：週　　回	
	☐ ショートステイ：月　　日	☐ ヘルパー：週　　回	
	☐　その他在宅サービス（　　）		
	※入院中の場合は、入院前に利用していたサービス内容を記入してください		
利用時期	☐ 直ぐに利用したい　☐ 今後の為に申込みしている（　　年　　月頃から希望） 直ぐに利用したい理由 （　　）		
入所後の希望	☐ このまま施設入所を続けたい		
	☐ 自宅または他施設、病院へ移動を希望する （☐ 自宅　☐ 特別養護老人ホーム　☐ グループホーム　☐ その他（　　）		
居室希望	☐ 個室　☐ ２人以上の部屋（多床室）　☐ 指定なし		
特例入所対象者確認事項	☐ 認知症であるものであって、日常生活に支障を来すような症状若しくは行動又は意思疎通の困難さが頻繁に見られる ☐ 知的障がい、精神障がい等えを伴い、日常生活に支障を来すような症状もしくは行動又は意思疎通の困難さが頻繁に見られる ☐ 家族等による深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全及び安心の確保が困難である ☐ 単身世帯、同居家族が高齢又は病弱であること等により家族等による支援が期待できず、かつ、地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分である		

社会福祉法人　すいよう会