

介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム) ニセコハイツ 入所申込書

※入所申込の際は、主治医意見書も合わせて提出をお願い致します。

申込者(連絡先) 今後、郵送物などはこの連絡先にお送りさせていただきます。

申込日	令和	年	月	日
受付日	令和	年	月	日

特別養護老人ホームニセコハイツに入居したいので
次のとおり申し込みます。

〒	:	—
住所:		
氏名:	続柄	
電話:	携帯	

入居希望者の状況	(フリガナ)		性別	保 険 者		
	氏 名			被保険者番号		
	生年月日	年 月 日 () 歳	要介護度	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5		
	現 住 所	〒 —	要介護 認定期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで		
	電 話		認定日	令和 年 月 日		
	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 ☐ 特養などの施設や病院に入っている 「施設や病院等に入っている方」は記入してください ◇施設名又は病院名: ◇所在地(市町村名のみ) ◇入所又は入院時期: 令和 年 月 から入所・入院している				
	介護者等の状況	家族構成	☐ ア. イ・ウ以外の世帯 ☐ イ. 高齢者夫婦世帯 ☐ ウ. 独居			
		介護者の有無	☐ ア. 主たる介護者以外に必要時に協力者有り ☐ イ. 介護者は一人のみ ☐ ウ. 介護者はいない			
		介護者の年齢	☐ ア. 60歳未満 ☐ イ. 60～74歳 ☐ ウ. 75歳以上(介護者はいない)			
		介護者の健康	☐ ア. 健康である ☐ イ. 健康に不安を抱えている ☐ ウ. 介護者自身が要介護者である(介護者はいない)			
		介護可能時間	☐ ア. 十分に介護に当たる時間有 ☐ イ. 一部不在になる時間有 ☐ ウ. ほとんど時間が取れない(介護者はいない)			
		要介護者との関係	☐ ア. 良好 ☐ イ. 介護は行っているが疲労感が強い ☐ ウ. 介護放棄等、最低限の関わりのみ(介護者はいない)			
	生活・経済状況	待機状況	☐ ア. 施設・病院等に入所中で退所の働きかけがない <入所中で退所の働きかけがある＝入所可能期間 ☐ (イ. 制限なし ☐ ウ. 6～12ヵ月 ☐ エ. 6ヶ月未満) ☐ オ. 自宅等			
		在宅サービス利用率	☐ ア. 施設・病院等に入所(院)中 ☐ イ. 限度額の40%未満 ☐ ウ. 限度額の40%～60%未満 ☐ エ. 限度額の60%～80%未満 ☐ オ. 限度額の80%以上			
		在宅サービス利用状況	☐ ア. 施設・病院等に入所(院)中 ☐ イ. 十分サービスを利用している ☐ ウ. まあまサービスを利用している ☐ エ. 一部サービスを抑制している ☐ オ. ほとんどサービスを抑制している			
		保険料の段階	☐ ア. 第5段階以上 ☐ イ. 第4段階 ☐ ウ. 第3段階 ☐ エ. 第2段階 ☐ オ. 第1段階			
		住 居	☐ ア. 施設・病院等に入所(院)中 ☐ イ. 快適な生活のできる住宅 ☐ ウ. 一部居住性に問題がある ☐ エ. かなり居住性に問題がある ☐ オ. 帰る住まいがない			
入居希望時期	☐ 今すぐ入居したい ☐ 年 月頃までに入居したい					
医療の状況	☐ 経管栄養 ☐ 胃ろう ☐ 在宅酸素 ☐ インシュリン注射 ☐ その他 () 【現在治療中の病気・特記事項等】					
特例入所の要件に該当するやむを得ない事由	該当する特例の要件 (☐ ① ☐ ② ☐ ③ ☐ ④) ※該当すると思われる要件をチェックしてください。なお、各要件については特例入所申込理由書への記載をお願いします。 備考					
生 活 歴	・出生 ・学歴 ・職歴 ・結婚歴 ・子供 ・その他					
申 込 状 況	☐ 当該施設のみ申し込み ☐ 他の施設申し込んでいる、又は今後申し込む予定 ◇ 既に申し込んでいる他の施設名 () () ◇ 今後申し込む予定の他の施設名 () ()					

主たる介護者	(フリガナ)		性別	本人との関係	
	氏 名			生 年 月 日	年 月 日
	同居の区分	☐ 同居している ☐ 別居している (住所:			
	意 見	【介護をしている上で困っていること等】			
紹介居宅介護支援事業所など		電話番号 担当			

入所申込者状況調査票

令和 年 月 日現在

ふりがな			生年月日	M・T・S 年 月 日		満 歳
氏 名	様					
現住所	〒					
介護保険状況	要介護度 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5					
	認 定 日 年 月 日					
	認定期間 年 月 日 ～ 年 月 日					
現 況	以下、該当する □ にチェックしてください					
	☐ 自宅で一人暮らしをしている					
	☐ 自宅で家族と同居している					
	☐ 施設や病院に入っている(施設及び病院名)					
	医療の状況	【現在治療中の病気】				
		【既往歴】				
		【その他】 ☐ 経管栄養 ☐ 胃ろう ☐ 在宅酸素 ☐ インシュリン注射 ☐ ストーマ ☐ その他()				
	精神症状・ 問題行動等 ※ この設問は ア・イ・ウ で、ご記入 下さい。	① ア＝できる イ＝時々できる ウ＝できない ②～⑦ ア＝できる ウ＝できない ⑧～⑭ ア＝ない イ＝時々ある ウ＝ある	①意志の伝達		⑬昼夜逆転	
			②毎日の日課を理解		⑭同じ話をする	
			③生年月日をいう		⑮大声を出す	
④短期記憶				⑯介護に抵抗		
⑤自分の名前をいう				⑰落ち着きなし		
⑥今の季節を理解				⑱一人で出たがる		
⑦場所の理解				⑲収集癖		
⑧徘徊				⑳物や衣類を壊す		
⑨外出して戻れない				㉑ひどい物忘れ		
⑩被害的				㉒独り言・独り笑い		
⑪作話				㉓自分勝手に行動する		
⑫感情が不安定				㉔話がまとまらない		
入所希望時期	☐ すぐにでも入りたい					
	☐ すぐではないが、 年 月頃までに入りたい					
	【理 由】					
	☐ 他の施設に入所したので申し込みは取り下げる ☐ その他()					
代理人	ふりがな			ご本人との関係		
	氏 名	様	生年月日	M・T・S	年 月 日	
	同居の区分	☐ 同居している ☐ 別居している (住所:)				
	電 話	【自宅】		【携帯】		
	【介護している上で困っていること等】					