（別紙1）

申込日	年　月　日	受付日	年　月　日

入　所　申　込　書

特別養護老人ホームやすらぎの里
施　設　長　　多　田　　利　行　様

申 込 者（連絡先）

住　所	〒
（ふりがな） 氏　名	（入所希望者との続柄　　）
連 絡 先	電話（　　）　　－ 携帯（　　）　　－
連絡可能な時間帯　　午前 ・ 午後　　時　　分頃	

貴施設に入所したいので、次のとおり申し込みます。

入所希望者 氏　名	（ふりがな）	性　別	男 ・ 女
		生年月日	T･S　年　月　日（　歳）
現　住　所	〒 電話番号　（　）		
介護保険	被保険者番号		保険者名
	要介護度	要介護1　要介護2　要介護3　要介護4　要介護5	
	認定期間	令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日	
健康保険	（種別 ・ 記号番号）		
年　金　等	（種別 ・ 記号番号）		
身体障害者 手帳等	手帳の種類＿＿＿＿＿＿（障害名　　） 判　定　＿＿＿＿級（度）　年　月　日		
現　況	□ 自　宅　（単身 ・ 同居） □ 施設（病院）に入所（入院）中　名称＿＿＿＿＿＿（　年　月　日～）		

医療の状況

□ 経管栄養　□ カテーテル　□ 酸素療法　□ ストマ（人工肛門）
□ 気管切開　□ 人工透析　□ インスリン注射　□ 他（　　）

現在治療中の病気

病　名	入院･通院医療機関名	期　間
		年　月　日～
		年　月　日～

既往歴

病　名	入院･通院医療機関名	期　間
		年　月　日～
		年　月　日～
		年　月　日～

入所希望者の意向

□ 今すぐに入所したい　　□　　年　　月頃までに入所したい
□ 他の施設にも申し込んでいる→下記に施設名を記入してください。
他の施設名
＿＿＿＿＿＿＿＿　＿＿＿＿＿＿＿＿
＿＿＿＿＿＿＿＿　＿＿＿＿＿＿＿＿

家族構成	氏　　名	生年月日	続　柄	職　業	生活歴	

特例入所の要件への該当に関する考え（要介護1又は要介護2の方が入所を申込む場合に記入して下さい。）	入所申込者が、居宅において日常生活を営むことが困難なやむを得ない事由 □ 認知症である者であって日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる □ 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や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・安心の確保が困難である □ 単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である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 上記要件の具体的な理由 --- ---

○日常生活動作について

移動	・自立（独歩・杖・歩行器）・車椅子（自操・介助）・不可
食事	・自立　・一部介助　・全介助　・経管栄養
排泄	・自立（トイレ・ポータブルトイレ） ・一部介助（トイレ・ポータブルトイレ） ・全介助（トイレ・ポータブル）・不可（オムツ使用）
入浴	・自立・一部介助・全介助　（形態　　）
着脱衣	・自立・一部介助・全介助
起座	・自立・一部介助・全介助・不可
寝返り	・自立・一部介助・全介助・不可

○心身の状況について

視力障害	・無　・弱視（左・右）　・全盲
聴力障害	・無　・やや難聴（左・右）・難聴
言語障害	・無　・少し不自由　・不自由
会話	・普通　・どうにか可　・不可
歯の状態	・無　・一部義歯　・総義歯
失禁	・有　・無
床ずれ	・有　・無
徘徊	・有（居室内・屋内・屋外）　・無

担当介護支援専門員	氏　　名		連絡先	TEL　　（　　）
	事業所名			

＊留意事項

本入所申込書に記載した事項に変更があった場合は「入所申し込み変更届」にてご連絡ください。また、他の特別養護老人ホームに入所した場合もご連絡下さい。連絡のない場合には申込みの時状況で判定させて頂きますのでご注意ください。

説明確認及び情報収集に係わる同意	私は、貴施設への入所申込に際し、入所申し込みから入所契約までの手続き及び入所順位の決定方法についての施設からの説明を受けました。 なお、貴施設が入所に係る手続のため必要な範囲内において、入所希望者及びその家族に関する情報を、市町村、担当居宅介護支援事業所、他の介護保険施設及び医療機関から収集することに同意します。 令和　　年　　月　　日 入所希望者　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印 入所希望者の家族　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印