

指定介護老人福祉施設 特別養護老人ホームひまわり苑入所申込書

申 込 日	年 月 日	受 付 日	年 月 日
住 所	〒960-8156 福島市田沢字入20番地		
電 話	(547-2220)	携帯電話	080(0000)xxxx
申込者氏名	福島 一郎 (印)	続 柄	長男
入所対象者本人の同意の有無			

※原則として入所申込者は本人及び家族又は代理者となり
※今後の連絡先とさせていただきます。

印鑑お忘れなく
押印下さい。

無

貴施設に入所したいので、次のとおり申し込みます。

入所対象者の状況	フリガナ	フクシマ ハナコ	性 別	男 (女)
	氏 名	福島 花子	生年月日	MTS 13年3月1日
	介護保険被保険者番号	123456789	保険者番号	福島市 072017
	要介護度	要介護4	現住所	〒960-xxxx
	要介護認定期間	〇〇年 4月 1日から 〇〇年 3月31日まで	福島市xxxxxx〇〇番地	
	連 絡 先	電話024(547)2230 / 携帯電話 ()		
主たる介護者	フリガナ	フクシマ ヒマワリ	性 別	男 (女)
	氏 名	福島 向日葵	生年月日	MTS 26年4月1日
	本人との関係	長男妻	同居の別	□同居 ☒ 別居
	現 住 所	〒960-8156 福島市田沢字入20番地		
	連 絡 先	電話024(547)2220 / 携帯電話080(0000)xxxx		
	介護者の意見 (介護の困難事由)	例：高齢者夫婦のみの世帯であり、本人の夫（義父）も要介護1の状況。私（長男妻）が毎日通い介護を行っている状況であるが、私も体調が悪く病院へ通院している身であり負担が大きい。		
身元引受人	フリガナ	フクシマ イチロウ	性 別	男 (女)
	氏 名	福島 一郎	生年月日	MTS 25年10月1日
	連絡先(電話)	024(547)2220	本人との関係	長男
	現 住 所	〒960-8156 福島市田沢字入20番地		
申込状況	☐ 当施設にのみ申し込む ☒ 他の施設に申し込んでいる、今後申し込む予定 ◇施設名：〇〇〇〇〇〇 ◇施設名 □□□□□□ ◇施設名：△△△△△△△ ◇施設名 xxxxx			
同意欄	以上は、特別養護老人ホーム入所指針の説明を書面により受け、同意の上、申込みを行ったものです。 また、入所検討委員会における検討資料作成のため介護支援専門員等による調査の受入や、保険者・居宅介護支援事業者等介護保険事業者からサービス利用票等の写しを徴することに同意します。 本人 福島 花子 (印) 家族(又は代理者) 福島 一郎 (印)			

介護保険証か

印鑑お忘れなく
押印下さい。

※申込の際には、介護保険被保険者証(写)・介護負担割合証(写)を添付してください。

※その他、介護負担限度額認定証や社会福祉法人等利用者負担軽減確認証等をお持ちの方は写しを添付願います。

特別養護老人ホーム「ひまわり苑」個別状況調査票

調査員氏名	応答者氏名	
居宅介護支援事業所名	本人との関係	
	電 話	
要介護度	FAX	
認知症の状況及び頻度		
入所希望の背景 (該当するもの 全てを選択)	☐ 単身世帯、高齢者世帯等であり家族等の介護者がいない ()	
	☐ 主介護者が障害・疾病・高齢の状況にある ()	
	☐ 主介護者が育児、家族の看病等を行っている ()	
	☐ 主介護者が複数の家族等を介護している ()	
	☐ 主介護者が就労しており介護が困難/ 介護により生計維持者の就労が困難 ()	
	☐ 同居家族や別居血縁者等による介護への協力が無い ()	
	☐ 主介護者や家族等による介護放棄、虐待の危険性がある ()	
	☐ 居住環境の事情により十分な介護が困難である ()	
	☐ 介護保険施設、病院等に入院(入所)しているが、退所(退院)の求めがある ()	
	☐ その他 ()	
居宅サービスの 利用状況	☐ 無 ☐ 有 ⇒ ☐ 単位数の80%以上の利用 ☐ 単位数の50%以上 80%未満の利用 ☐ 単位数の50%未満の利用	
	☒ 経済的事由による利用制限の有無 ☐ 無 ☐ 有	
施設サービスの 利用状況	☐ 無 () ☐ 有 ⇒ ()	
入所希望状況	☐ 早急に ☐ 半年以内 ☐ 1年以内 ☐ 順位到来時	
医療の状況	☒ 既往症の有無 ☐ 無 () ☐ 有 ⇒ ()	
	☒ 特記事項 ☐ 経管栄養 ☐ カテーテル ☐ ストマ ☐ インシュリン注射 ☐ 在宅酸素 ☐ その他	
	☒ 通院の有無 ☐ 無 ☐ 有 ()	
機能回復訓練の 必要性		

(注) ・既往症の有無では、感染症疾患やその完治の状態も併せて調査すること。
・機能回復訓練の必要性では、どの程度の訓練を求めているか、あるいは必要かを記載すること。
・居宅サービス利用票及び別表(写)を添付すること。

記入例

ご記入にしましては、担当のケアマネジャーさん又は、入院先のケースワーカーさん等にご依頼、ご協力をお願いいたします。又は、当施設に直接ご持参される場合は、当施設担当者の調査記入も可能です。担当者不在の場合もございますので電話連絡の上お越し下さいますようお願いいたします。

特別養護老人ホームひまわり苑個別状況調査票

対象者氏名	福島 花子	被保険者番号	123456789
今回調査日	年 月 日	前回調査日	年 月 日

調査員氏名	介護太郎	応答者氏名	福島 向日葵
居宅介護支援事業所名	○×△□居宅介護支援事業所	本人との関係	長男妻
要介護度	要介護4	電 話	
		FAX	
認知症の状況及び頻度	例：認知症があり、自宅を出ると戻れない状況が度々ある。別に住む介護者が毎日本人宅に通い介護を行っている状況。		
入所希望の背景 （該当するもの全てを選択）	☒ 単身世帯、高齢者世帯等であり家族等の介護者がいない （本人の夫との二人暮らし） ☒ 主介護者が障害・疾病・高齢の状況にある （介護者自身（長男妻）も病気があり通院している状況。） ☐ 主介護者が育児、家族の看病等を行っている （ ☒ 主介護者が複数の家族等を介護している （本人（花子）の夫（要介護1）も介護を必要としている状況。） ☐ 主介護者が就労しており介護が困難／介護により生計維持者の就労が困難 （ ☒ 同居家族や別居血縁者等による介護への協力が無い （介護者の他家族は就労があり介護へ協力することが困難） ☐ 主介護者や家族等による介護放棄、虐待の危険性がある （ ☒ 居住環境の事情により十分な介護が困難である （ ☐ 介護保険施設、病院等に入院（入所）しているが、退所（退院）の求めがある ☐ その他		
居宅サービスの利用状況	☐ 無 ☒ 有 ⇒ ☐ 単位数の80%以上の利用 ☒ 単位数の50%以上 80%未満の利用 ☐ 単位数の50%未満の利用 ◆ 経済的事由による利用制限の有無 ☐ 無 ☒ 有		
施設サービスの利用状況	☐ 無 ☐ 有 ⇒ ※現在入所している施設・病院等に入所（入院）しており、退院を		
入所希望状況	☒ 早急に ☐ 半年以内 ☐ 1年以内 ☐ 順位到来時		
医療の状況	◆ 既往症の有無 ☐ 無 ☒ 有 ⇒ 高血圧症・H17.10左大腿部骨折（手術済み） 認知症・心臓病（手術済み） ◆ 特記事項 ☐ 経管栄養 ☐ カテーテル ☐ ストマ ☐ インシュリン注射 ☐ 在宅酸素 ☐ その他 ◆ 通院の有無 ☒ 無 ☐ 有 （		
機能回復訓練の必要性	歩行はゆっくりなら可能なので、レベルが下がらないような生活を希望します。		

(注) ・既往症の有無では、感染症疾患やその完治の状態も併せて調査すること。
・機能回復訓練の必要性では、どの程度の訓練を求めているか、あるいは必要かを記載すること。
・居宅サービス利用票及び別表(写)を添付すること。

様式第2号（指針第5の3）

入 所 申 込 取 下 書

令和 年 月 日

特別養護老人ホーム ひまわり苑
施設長 村上 由紀子 様

私（入所希望対象者）、_____は、次の理由により貴施設への入所
申込みを取下げいたします。

（理由）

届出者 氏名 _____

関係 _____

住所 _____

※届出者は、原則として入所申込書の申込者とする。

入所申込取下書受理年月日	年 月 日
選考者名簿整理年月日	年 月 日