（特別養護老人ホーム サンシャインセンター）

入　所　申　込　書

申込年月日		平成 27 年　　月　　日			受付番号		
入所申込者	フリガナ		生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 年　月　　日（　　歳）		性別	男・女
	氏　名						
	住　所	郵便番号（　　－　　）			電話番号	（　　）	
	連絡先	郵便番号（　　－　　）			電話番号	（　　）	
	介護認定	申請（ 更新 ・ 変更 ）中 ・ 済		被保険者番号			
	要介護度	１・２・３・４・５		認定の有効期間	平成 年 月 日～平成 年 月 日		
	現在の住居	□ 自宅　□ 老人保健施設　□ 療養型医療施設（介護保険）　□ 一般病院（医療保険） □ 養護老人ホーム　□ 軽費老人ホーム　□ ケアハウス　□ グループホーム □ 生活支援ハウス　□ 特別養護老人ホーム　□ その他（　　）					
		平成　　年　　月頃 より					
家族・申込者	フリガナ		続　柄		備　考		
	氏名						
	住所	郵便番号（　　－　　）			電話番号		
	連絡先1	郵便番号（　　－　　）			電話番号	（　　）	
	連絡先2	郵便番号（　　－　　）			電話番号		
※居宅介護支援事業者	事業所名			事業者番号			
	住　所	郵便番号（　　－　　）			電話番号		
	フリガナ		備　考				
	担当者名						
他施設の申込状況	施設名1		申込 予定 ・ 済　（申込時期　　年　　月頃）				
	施設名2		申込 予定 ・ 済　（申込時期　　年　　月頃）				
	施設名3		申込 予定 ・ 済　（申込時期　　年　　月頃）				
※入所希望時期		□ 今すぐ入所したい		□ 平成　　年　　月頃入所したい			

【※説明確認及び同意書】

○説明書または施設からの説明により，次の事項について確認しました。

・入所申込者の入所優先順位決定方法について

・入所優先順位の見直しについて

・申込書の内容に変化があった場合は、施設に連絡することについて

○入所が可能になったにもかかわらず、自己都合により入所を辞退した場合は、入所優先順位名簿から削除されることに同意します。

○今後の優先入所制度の参考とするため、この申込書及び調査票の内容を行政機関の求めに応じて提供することに同意します。

○上記に記入している申込み済（予定）の特別養護老人ホーム間でこの申込書の内容及び調査票の内容を提供することに同意します。

平成 27年　　月　　日

氏名　　印（続柄　　）

施設記入	担当者名		職　種	施設長 ・ 相談員 ・ ケアマネ ・ その他（　　）
	備　考			

<table>
<tr><td rowspan="3">入所申込者</td><td>フリガナ
氏　名</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>医療の状況</td><td colspan="4">□経管栄養　□胃ろう　□在宅酸素　□インシュリン注射　□尿管カテーテル
□ストマ（人工肛門）　□その他（　　）
【現在治療中の病気・特記事項等】</td></tr>
<tr><td>居宅介護サービスの利用状況</td><td colspan="4">□　利用している　　□　利用していない
＊居宅介護サービス（ﾃﾞｲｻｰﾋﾞｽ,ｼｮｰﾄｽﾃｲ，ﾎｰﾑﾍﾙﾌﾟなど）を利用している方は，居宅介護支援事業者から交付された直近の「サービス利用票」と「サービス利用票別表」の写しを添付してください。</td></tr>
<tr><td rowspan="8">※介護者の状況</td><td rowspan="4">介護者1</td><td>フリガナ
氏名</td><td></td><td>□ 同居
□ 別居</td><td colspan="2">介護者の障害・疾病のため
□介護困難　□介護多少困難
□介護可能</td></tr>
<tr><td rowspan="3">年齢　　歳</td><td>複数介護</td><td>□している　□していない</td></tr>
<tr><td>続柄</td><td></td><td>育児</td><td>□している　□していない</td></tr>
<tr><td>住所</td><td colspan="2"></td><td>就労</td><td>□している　□していない</td></tr>
<tr><td rowspan="4">介護者2</td><td>フリガナ
氏名</td><td></td><td>□ 同居
□ 別居</td><td colspan="2">介護者の障害・疾病のため
□介護困難　□介護多少困難
□介護可能</td></tr>
<tr><td rowspan="3">年齢　　歳</td><td>複数介護</td><td>□している　□していない</td></tr>
<tr><td>続柄</td><td></td><td>育児</td><td>□している　□していない</td></tr>
<tr><td>住所</td><td colspan="2"></td><td>就労</td><td>□している　□していない</td></tr>
<tr><td colspan="2">その他の介護協力</td><td colspan="3">□ほとんど無し　　□ときどき有り　　□常時有り</td></tr>
<tr><td>家族構成</td><td colspan="5">（*1）…介護者1（*2）…介護者2　同居者を○で囲む</td></tr>
<tr><td>入所を希望する理由</td><td colspan="5">＊施設や病院等から退所を求められている，居住環境が介護に適していない，経済的な理由により，居宅介護サービスを十分に受けることができないなど，特に，特別養護老人ホームの入所を希望する理由があれば記入してください。</td></tr>
</table>

〔記入上の注意〕

1　□は該当する箇所に「レ」を記入してください。
2　※居宅介護支援事業所は，現在ご利用の事業所がある場合にご記入ください。
3　※説明確認及び同意書は，内容をご確認の上，署名・捺印をしてください。
4　※介護者の状況は，介護者がいる場合に，主たる介護者を「介護者1」，それ以外の介護者がいれば「介護者2」にそれぞれ記入してください。

様式2

調査票

調査年月日	平成　年　月　日			受付番号	
フリガナ 入所申込者名			男・女	生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 年　月　日（　歳）
本人の状況	介護認定	申請（更新 ・ 変更）中 ・ 済		被保険者番号	
	要介護度	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5		痴呆の問題行動	ほぼ毎日 ・ 週1～2回程度 ・ なし
	認定有効期間	平成　年　月　日 ～ 平成　年　月　日			
	身体障害者手帳・原爆手帳等の有無				有 ・ 無

介護サービス等の利用状況	現在の住居	☐ 自宅　☐ 老人保健施設　☐ 療養型医療施設　☐ 特別養護老人ホーム ☐ 養護老人ホーム　☐ 軽費老人ホーム　☐ ケアハウス　☐ グループホーム ☐ 生活支援ハウス　☐ 一般病院　☐ その他（　）			
		平成　年　月頃 より入所・入院中	施設名		
	居宅介護サービス	☐ 訪問介護　単位		☐ 通所介護　単位	
		☐ 訪問入浴介護　単位		☐ 通所リハ　単位	
		☐ 訪問看護　単位		☐ 短期入所生活介護　単位	
		☐ 訪問リハ　単位		☐ 短期入所療養介護　単位	
	利用状況	上記合計	単位 ÷ 25848 × 10 ＝　割		

介護者等の状況	介護者1	フリガナ 氏名		同居 ・ 別居	家族の構成
		続柄		年齢　歳	
		住所	〒		
	介護者2	フリガナ 氏名		同居 ・ 別居	
		続柄		年齢　歳	
		住所	〒		
	介護者の障害・疾病等	☐ 介護困難　☐ 多少困難　☐ 介護可能			
	複数介護・育児・就労	☐ 無し　☐ 有り			
	他の介護協力	☐ ほとんど無し　☐ 随時有り　☐ 常時有り			

特記事項	長期にわたる介護	☐ 理由：
	施設等からの退所	☐ 理由：
	介護への姿勢	☐ 理由：
	住環境問題	☐ 理由：
	居宅サービス利用状況	☐ 理由：
	特に考慮すべき痴呆症状	☐ 理由：
	在宅における医療的処置	☐ 理由：
	その他	☐ 理由：
		☐ 理由：
備考		

調査担当者名		事業所名	電話番号　（　）
施設受付担当者名		職種	施設長　生活相談員　ケアマネ その他（　）

様式3

評　価　票

被保険者番号				受付番号	
フリガナ 入所申込者		男・女	生年月日	明治 ・ 大正 ・昭和 年　月　日	

入　所　判　定　基　準			点数					
			1回目 年　月	2回目 年　月	3回目 年　月	4回目 年　月	5回目 年　月	6回目 年　月
本人の状況	要介護度		点	点	点	点	点	点
	問題行動		点	点	点	点	点	点
介護の必要性	① 居宅サービス利用量		点	点	点	点	点	点
	② 施設・病院に入所・入院		点	点	点	点	点	点
介護者等の状況	① 単身世帯で介護者なし		点	点	点	点	点	点
	② ①以外							
		世帯の状況	点	点	点	点	点	点
		主たる介護者の年齢	点	点	点	点	点	点
		介護者の障害や疾病	点	点	点	点	点	点
		複数介護・育児・就労	点	点	点	点	点	点
		その他の介護支援	点	点	点	点	点	点
特記事項	チェック項目	長期にわたる介護						
		施設等からの退所						
		介護への姿勢						
		住環境問題						
		居宅サービス利用状況						
		特に考慮すべき痴呆症状						
		在宅における医療的処置						
		その他						
	特記事項　小計		点	点	点	点	点	点
合　計			点	点	点	点	点	点

備　考		
	1回目	
	2回目	
	3回目	
	4回目	
	5回目	
	6回目	