

入 所 申 込 書

申込日	年 月 日	受付日	年 月 日
-----	-------	-----	-------

申込者（申込書記載者）

住 所	〒 _____		
(フリガナ) 氏 名		電話番号	()

介護老人福祉施設 コスモに入所したいので、次のとおり申し込みます。

入所希望者の状況	(フリガナ)		性 別	男 ・ 女
	氏 名		電 話	
	現 住 所	〒 _____		
	生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日 (歳)		
	健 康 保 険	種 別		記号・番号
	年 金 等	種 別		
	障害手帳等	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ↳ 手帳の種類 _____ (障害名 _____) (判定 _____ 級(度) _____ 年 月 日)		
	介 護 保 険	被保険者番号		
	要介護認定	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 (認定期間) _____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日		
	現在利用している居宅サービス	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設, 介護療養型医療施設, 病院等に入所(入院)している <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム, 軽費老人ホーム, 有料老人ホーム等に入所(入居)している <input type="checkbox"/> 自宅で暮らしている (施設に入所(入居・入院している場合))		

施設名又は病院名 (所在地)	_____ 市・区・町・村
入所又は入院期間	_____ 年 月 日 ~

入所希望者の状況	現在利用している居宅サービス	<input type="checkbox"/> 訪問介護 (月に 回程度) [_____] <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 (月に 回程度) [_____] <input type="checkbox"/> 訪問看護 (月に 回程度) [_____] <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション (月に 回程度) [_____] <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 (月に 回程度) [_____] <input type="checkbox"/> 通所介護 (月に 回程度) [_____] <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション (月に 回程度) [_____] <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 (月に 回程度) [_____] <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 (月に 回程度) [_____] <input type="checkbox"/> 福祉用具の貸与・購入費支給 <input type="checkbox"/> 住宅改修費の支給 <input type="checkbox"/> その他 (_____)
	<p>*1 該当するものをすべて選んでください。</p> <p>*2 []内に事業者名を記入してください。</p>	
	<p>身体状況</p> <p>食事摂取 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助 (食事の種類) (主食) <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 半粥 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー (副食) <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ミキサー</p> <p>排泄 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助 (おむつの使用) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 昼夜 <input type="checkbox"/> 夜のみ</p> <p>入浴 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助</p> <p>更衣 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助</p> <p>移動 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助 (歩行) <input type="checkbox"/> つかまり歩き <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 寝たきり</p> <p>視力 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 人の動きがわかる程度</p> <p>聴力 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 大声が聞き取れる</p> <p>言語 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聞き取りにくい <input type="checkbox"/> 聞き取れない</p>	
認知症・精神の症状	<input type="checkbox"/> 何らかの認知症を有するが、日常生活はほぼ自立している <input type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状が見られるが、誰かが注意していれば自立できる <input type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状が見られ、介護を必要とする <input type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状が頻繁に見られ、常に介護を必要とする <input type="checkbox"/> 著しい精神症状や問題行動が見られ、専門医療を必要とする <p>(自傷行為、せん妄、徘徊、奇声、摂食異常、不潔行為、攻撃的行為等の行動、あるいは精神障害がある場合は、その状況や頻度等を具体的に記載してください。)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	

入所希望者の状況	医療的処置 *該当するものをすべて選んでください。	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ（人工肛門） <input type="checkbox"/> 経管栄養 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 疼痛看護 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <input type="checkbox"/> その他（ ） </div> (現在治療中の病気) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">病名</th> <th style="width: 35%;">入院・通院病院</th> <th style="width: 35%;">期間</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td>年 月～</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td>年 月～</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td>年 月～</td> </tr> </tbody> </table> (既往症) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">病名</th> <th style="width: 35%;">入院・通院病院</th> <th style="width: 35%;">期間</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td>年 月～ 年 月</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td>年 月～ 年 月</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td>年 月～ 年 月</td> </tr> </tbody> </table>	病名	入院・通院病院	期間			年 月～			年 月～			年 月～	病名	入院・通院病院	期間			年 月～ 年 月			年 月～ 年 月			年 月～ 年 月
病名	入院・通院病院	期間																								
		年 月～																								
		年 月～																								
		年 月～																								
病名	入院・通院病院	期間																								
		年 月～ 年 月																								
		年 月～ 年 月																								
		年 月～ 年 月																								
	入所希望者の意向(入所希望者が申し込んでいる場合を除く)	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <input type="checkbox"/> 入所希望者が特別養護老人ホームへの入所を希望している </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <input type="checkbox"/> 入所希望者は在宅での生活を希望している </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <input type="checkbox"/> 入所希望者の意向は確認していない又は確認できない </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <input type="checkbox"/> その他（ ） </div>																								
家族や住居等の状況	入所を希望する理由 *該当するものをすべて選んでください。	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <input type="checkbox"/> 身寄りがないなど介護する者がいない </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <input type="checkbox"/> 介護する者が、距離が離れている・入院しているなどの状況にあり介護ができない </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <input type="checkbox"/> 介護する者が、要介護状態・病気療養中・障害を有するなどの状況にあり、十分な介護が困難 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <input type="checkbox"/> 介護する者が、要支援状態・高齢等の状況にあり、十分な介護が困難 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <input type="checkbox"/> 介護する者が、複数の介護や育児を行っている状況にあり、十分な介護が困難 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <input type="checkbox"/> 介護する者が、就労している状況にあり、十分な介護が困難 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <input type="checkbox"/> 介護する者の身体的・精神的負担が大きい </div> <hr style="border-top: 1px dashed #000; margin: 5px 0;"/> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <input type="checkbox"/> 車いすを使用しているが、住居の廊下等の構造が適していないため介護が困難 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <input type="checkbox"/> 住居の便所、浴室、階段等の形態や構造が適していないため、十分な介護が困難 </div> <hr style="border-top: 1px dashed #000; margin: 5px 0;"/> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設、介護療養型医療施設、病院等から退所（退院）を求められているが、在宅での介護が困難 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <input type="checkbox"/> 当該施設を退所して長期入院した後、退院することになったが在宅での介護が困難 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <input type="checkbox"/> その他（ ） </div>																								

家族や住居等の状況	主な介護者	(フリガナ)		性別	年齢/生年月日	() 歳
		氏名		男・女	明・大・昭	年 月 日
		同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 (住所〒 TEL ())			
		入所希望者との関係	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他 ()			
		意見	介護をしている上で特に困っていること _____ _____ _____			
その他	入所を希望する時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 年 月頃までには入所したい				
	他施設の申込み状況・入所希望場所	<input type="checkbox"/> 当該施設にのみ申し込んでいる <input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込んでいる (他の施設名) _____ <input type="checkbox"/> 従来型の施設 (多床室) で入所を待ちます <input type="checkbox"/> ユニット型 (個室) にて入所を待ちます <input type="checkbox"/> どちらでも空きが出次第入所を希望する				

担当ケアマネジャー	氏名		連絡先	TEL ()
	事業所名			

留意事項： 入所希望者の要介護度や家族等の介護者の状況など、本入所申込書に記載した事項等が変わった場合、あるいは他の特別養護老人ホーム等に入所した場合は、必ず当施設に連絡をしてください。