

申込日 年 月 日 受付日 年 月 日

## 介護老人福祉施設 サルビア 入居申込書

介護老人福祉施設サルビア 施設長 様

申込者（お問い合わせ先の方）

フリガナ			本人の と関係
氏名		男女	
住所	〒		
電話番号			

※ご連絡の取れやすい電話番号をお願いします

介護老人福祉施設サルビアに入居したいので、関係書類を添付して申し込みます。

フリガナ			生 年 月 日	
氏名 (本人)	男女	明治・大正・昭和	年 月 日	生 ( 歳)
現住所	〒		電話番号	
介護保険被保険者番号				保険者
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			
	※右記は要介護 1、2の方のみ記入  右記の項目の内、 該当する項目すべてに ☑を入れてください	<input type="checkbox"/> 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。		
		<input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害を伴い、日常生活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。		
<input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待等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。				
健康保険の種類		年金の種類等		
入居を希望する理由  右記の項目の内、 該当する項目すべてに ☑を入れてください	<input type="checkbox"/> 介護者がいないため			
	<input type="checkbox"/> 介護者が高齢、障害、疾病のため			
	<input type="checkbox"/> 介護者が就労しているため			
	<input type="checkbox"/> 介護者が育児等しているため			
	<input type="checkbox"/> 介護者が不在となる時間があり、不安を抱えているため			
	<input type="checkbox"/> 居宅サービスの限度額を超えており経済的負担が大きいため			
	<input type="checkbox"/> 介護者の身体的、精神的負担が大きいため			
	<input type="checkbox"/> 現在入院（入所）しており、病院・老健等から退院（退所）を求められており、在宅生活困難なため			
<input type="checkbox"/> （その他詳細 _____）				
入居希望時期	<input type="checkbox"/> 年 月頃		<input type="checkbox"/> 今すぐ	
入居判定に当たり 特に配慮して欲しい 事項 （詳しい介護状況や 入居申込の理由等）				

現況	<input type="checkbox"/> 自宅で生活している		
	<input type="checkbox"/> 施設又は病院にいる（名称： _____） （所在地： _____）（いつから： _____ 年 _____ 月頃～）		
	<input type="checkbox"/> その他（ _____）		
現在利用している 介護保険サービス	<input type="checkbox"/> 添付の直近3か月分のサービス提供票（写し）の通り		
	<input type="checkbox"/> 下記の担当者に問い合わせせて聞いてほしい		
	<input type="checkbox"/> 無・他（ _____）		
現在の担当者 (ケアマネジャー、ソーシャルワーカー、相談援助職員等)	事業所名	_____	
	担当者名	_____ 電話番号 _____	
医療行為の有無	<input type="checkbox"/> 経管栄養（胃ろう・鼻腔） <input type="checkbox"/> ストーマ（人工肛門） <input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 痰吸引 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 疼痛管理 <input type="checkbox"/> その他（ _____）		
現病歴	疾患名（ _____ ） 年 月 ～		
	疾患名（ _____ ） 年 月 ～		
	疾患名（ _____ ） 年 月 ～		
	疾患名（ _____ ） 年 月 ～		
	疾患名（ _____ ） 年 月 ～		
既往歴	疾患名（ _____ ） 年 月		
	疾患名（ _____ ） 年 月		
	疾患名（ _____ ） 年 月		
	疾患名（ _____ ） 年 月		
	疾患名（ _____ ） 年 月		
身体の状況	食事	介助 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
		内容 主食 <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> 経管栄養（胃ろう） 副食 <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> みじん切り <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> ソフト食	
		嚥下 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> むせる（トロミ： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ _____））	
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助（方法： <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> オムツ）	
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助（方法： <input type="checkbox"/> 一般浴槽 <input type="checkbox"/> 特殊浴槽）	
	更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
		<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> リクライニング型車椅子	
	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> よく見えない <input type="checkbox"/> ほとんど見えない <input type="checkbox"/> 見えない	
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> よく聞こえない <input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない <input type="checkbox"/> 聞こえない	
	会話	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できるが不完全 <input type="checkbox"/> ほとんど見えない <input type="checkbox"/> できない	
	麻痺	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（麻痺の箇所： _____）	
	拘縮	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（拘縮の箇所： _____）	
精神の状況	認知症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（疾患名： _____）	
	精神疾患	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（疾患名： _____）	
	<input type="checkbox"/> 物忘れ <input type="checkbox"/> 同じ話を何度もする <input type="checkbox"/> 感情が不安定になる <input type="checkbox"/> 介護に抵抗する <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 大声を出す <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 一人で外へ出てしまう <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 被害的になる <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> その他（ _____）		

主たる介護者の 状況	フリガナ		生 年 月 日			
	氏 名		男女	明治・大正・昭和・平成 年 月 日 ( 歳)		
	住 所	〒	<input type="checkbox"/> 申込者と同じ	要介護認定の有無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
	電話番号		<input type="checkbox"/> 申込者と同じ	上記 <input checked="" type="checkbox"/> 有の場合 要介護区分		
	住 居	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居				
	本人との 関係	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子（関係 ） <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹（関係 ） <input type="checkbox"/> その他（ ）				
家族等の状況	家族構成図		氏 名	続 柄	年 齢	備 考

本紙以外で提出が必要な書類

- 別紙：介護支援専門員意見書（相談援助職員意見書）
- 直近3か月分のサービス提供票の写し（介護保険サービスを利用されている方のみ）
- 居宅（施設）サービス計画書の写し（介護保険サービスを利用されている方のみ）

同意欄

介護老人福祉施設サルビア 施設長 様

私（入居希望者）及び入居申込者は、下記について同意いたします。

1. 入居判定にあたり、貴施設の示す基準や規則により手続きが行われること
2. 入居判定に必要な私の情報を、県、市町村、私が関係する介護保険事業所や医療機関等より提供を受けること
3. 入居判定に必要な私の情報を、県、市町村、私が関係する介護保険事業所や医療機関等に提供すること

入居希望者氏名 印

入居申込者氏名 印

説明確認欄

入居申し込みに際し、入居申し込みから入居契約までの入居決定方法について、施設の担当者から説明を受けました。

年 月 日 氏名

社会福祉法人 梓の郷  
介護老人福祉施設 サルビア  
令和2年7月 作成