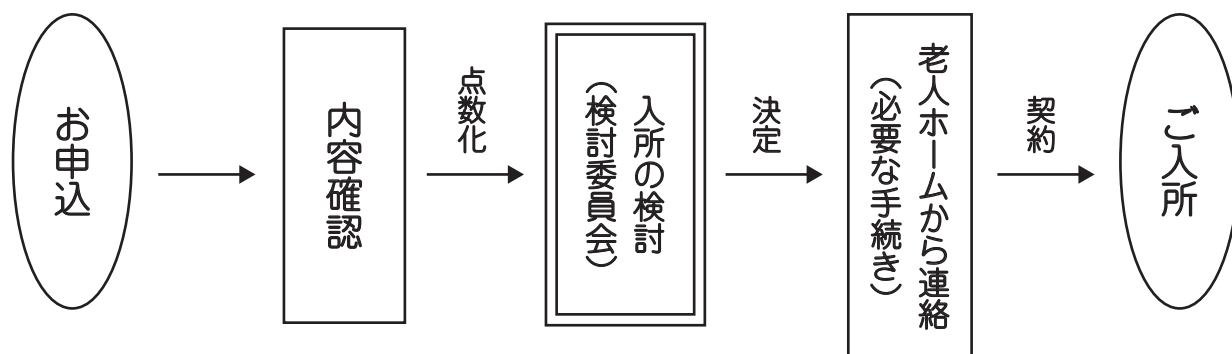


特別養護老人ホームの入所申込にあたって

名古屋市内の特別養護老人ホームでは、同じ入所基準に沿って、入所の優先順位を決定しています。具体的には、入所を所望される方の介護状況その他に応じて、入所の必要度を点数化し、点数の高い方からご入所いただける制度となっています。

お申込からご入所まで



- ①はじめに、介護状況その他についてお伺いするため、お申込書を作成いただきます。分からないところは、申込時に職員がお聞きします。
- ②お申込書から入所の必要度を点数化します。その点数をもとに、老人ホームごと開催する入所検討委員会で入所の決定を行います。入所できることになりましたら、老人ホームから連絡があります。
- ③ご連絡後、必要な面談や健康診断を行い、入所に支障がない場合、契約をして入所となります。申込書に事実と異なる記載があったときは、入所できなくなりますので、ご注意ください。

(1) お申込のときの状態から変更が合った場合は、変更届の提出をお願いします。変更届がない場合は、適切な点数化ができないことがあります。

【変更届が必要な場合】

- ア 入所希望者の要介護度
- イ 主たる介護者の変更（介護の困難性に関わる状況の変更含む。）
- ウ その他入所の必要性に大きく関係すると思われる状況変化

(2) 連絡先が不通となり、連絡先変更のご連絡がない場合は、取下げの扱いとさせていただきます場合がありますので、ご了承ください。

(3) 他の老人ホームに入所するなどして、申込の必要がなくなりましたら、申込をした老人ホームにご一報くださいますようお願いいたします。

標準入所申込書（様式1）

登録番号

指定介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）入所申込書

施設名

ユートピアつくも 施設長 様

入所を希望するので、下記のとおり申込みます。

申込日	令和	年	月	日	受付者
受付日	令和	年	月	日	

入 所 希 望 者	ふりがな		性 別	男 ・ 女	生年月日			
	氏 名				明・大・昭	年	月	日
	(歳)							
住 所	〒							
					(TEL)			
					(FAX)			
被保険者番号					要介護度	3 4 5 (1 2)		
保 険 者 番 号					保険者名			
認定審査会の 意見等					認 定 の 有効期間	令和 年 月 日～ 令和 年 月 日		
居宅介護支援 事業所（施設入 所者は施設名）	居宅介護支援事業所名							
	担当者（ケアマネージャー名）							
	TEL		— —					

※上記は、入所希望者の介護保険被保険者証から転記願います。

申込者 連絡先	住 所	〒				TEL — —			
						携帯 — —			
						FAX — —			
	ふりがな				男 ・ 女	生 年 月 日			
	氏 名					明・大・昭 年 月 日 (歳)			
入所希望者との続柄									

申 込 状 況	☐ 当該施設のみ申し込む。	☐ 他の施設も申し込んでいる。又は申し込む予定。
	既に申し込んだ施設名 () ()	
	申し込み予定施設名 () ()	

説明確認 及び承認欄	私は、入所申込みに際し、入所順位の決定方法、及び状況の変化に伴う届出及び辞退の取扱いについて、施設から説明をうけました。また、私は、入所に必要な情報について、施設が上記の居宅介護支援事業所・入所施設に直接確認することを承認します。今後の名古屋市の施策の参考とするため、この申込書の内容を名古屋市に報告することに同意します。	
	令和 年 月 日 氏名	本人との続柄 ()

※該当するものにレ印のうえその状況をご記入ください。

現在の居所		☐ 自宅で一人暮らしをしている ☐ 自宅で家族と暮らしている ☐ 特養・老健などの施設や病院に入っている 施設又は病院名（ ） 施設等へ入所又は入院した時期（平成・令和 年 月 から）			
入所希望時期		☐ 今すぐ ☐ 半年以内 ☐ 1年以内 ☐ その他（ ）			
入所を希望する理由 （該当するものをいくつでも選んでください）		☐ 介護する者がいないため ☐ 介護する者が遠く離れたところに住んでいるため ☐ 介護する者が「高齢」、「障害」、「病気」等により介護することが困難なため ☐ 介護する者が就労していて介護することが困難なため ☐ 介護する者の身体的・精神的負担が大きいため ☐ 居住環境の事情により、十分な介護をすることが困難なため ☐ 施設や病院から退所（退院）を求められているため ☐ その他（ ）			
要介護時期		平成・令和 年 月 頃から（主な原因： ）			
医療に関する状況		(特別な医療的対応) ☐ なし ☐ 経管栄養 ☐ 胃ろう ☐ 在宅酸素療法 ☐ インシュリン注射 ☐ 人工透析 ☐ 痰吸引 ☐ 人工肛門 ☐ バルーンカテーテル ☐ その他（ ） ----- (現在治療中の病気等) ----- (その他健康状態に関する特記事項)			
問題行動等 （問題行動の起きる頻度にもレ印を付けてください）		☐ 該当なし ----- ☐ 徘徊 ☐ 不潔行為 ☐ 不穏行動 ☐ 自傷行為 ☐ 暴力行為 ☐ 昼夜逆転 ☐ 異食行動 ☐ 火の不始末 ☐ 被害妄想 ☐ その他（ ） ----- ☐ ほとんど毎日 ☐ 週3～4回程度 ☐ 週1～2回程度 ☐ 月数回程度			
介護に関する状況	飲水食事摂取	☐ 自立	☐ 見守り	☐ 一部介助	☐ 全介助
	排 尿	☐ 自立	☐ 見守り	☐ 一部介助	☐ 全介助
	排 便	☐ 自立	☐ 見守り	☐ 一部介助	☐ 全介助
	入 浴	☐ 自立	☐ 見守り	☐ 一部介助	☐ 全介助
	歩 行	☐ 自立	☐ 見守り	☐ 一部介助	☐ 全介助
	衣服着脱	☐ 自立	☐ 見守り	☐ 一部介助	☐ 全介助
	視 力	☐ 普通	☐ やや見えにくい	☐ かなり見えにくい	☐ 全く見えない
	聴 力	☐ 普通	☐ やや聞えにくい	☐ かなり聞えにくい	☐ 全く聞えない
意思の伝達	☐ 普通	☐ やや伝えにくい	☐ かなり伝えにくい	☐ 全く伝えられない	

介護者の状況

介護者の状況	ふりがな		性	男	生年	明・大・昭・平	続	
	氏 名		別	女	月 日	年 月 日 (歳)	柄	
	居住関係	☐ 同居 ☐ 別居（住所： 入所希望者宅までの所要時間（ 分）						
	就労状況	☐ 就労していない ☐ 就労している（週 日、週 時間程度）						
	健康状態	☐ 健康 ☐ 病弱・慢性疾患等で定期的に通院中・病名 ・入院していないが継続的な治療を要する・病名 ・要入院加療（ か月程度・病名						
	身体状況	☐ 障害有（ 級・障害の種類： ） ☐ 無						
	要介護度	☐ 有（要支援・要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ） ☐ 無						
他に対応を要する家族の有無	☐ 育児に必要な家族がいる（子どもの年齢 歳） ☐ 3か月以上看病（付添）に必要な家族がいる（自宅療養・入院中） ☐ 入所希望者以外に介護に必要な家族がいる（要支援・要介護 1 2 3 4 5 ） ☐ 介護に必要な障害を有する家族がいる（ 級・種類： ）							
介護協力者の有無	☐ 同居親族に協力者がいる ☐ 同居以外の親族に協力者がいる ☐ 親族以外の協力者（近隣者など）がいる ☐ 協力してくれる人はいない							
【介護をしていて困っていること、その他特記すべき事項をお書きください】								

※申込書に添えて提出する書類

1 入所希望者の介護保険被保険者証（写）

2 直近のサービス利用表及び別表（写）……………現在、在宅でお過ごしの方のみ提出してください。

入所希望者の親族の状況

同居の家族（※入所希望者本人については記入不要です。）

氏名		生年 月日	明・大・昭・平・令 年 月 日	続柄	
				就労状況	
氏名		生年 月日	明・大・昭・平・令 年 月 日	続柄	
				就労状況	
氏名		生年 月日	明・大・昭・平・令 年 月 日	続柄	
				就労状況	
氏名		生年 月日	明・大・昭・平・令 年 月 日	続柄	
				就労状況	

同居以外の親族の状況

氏名		住所		続柄	
				TEL	
氏名		住所		続柄	
				TEL	
氏名		住所		続柄	
				TEL	
氏名		住所		続柄	
				TEL	

近親者の状況

配偶者

本人

兄弟姉妹

子

孫

甥姪