【 □ 特例 （ 要介護1又は2） □ 要介護3～5 】 受付日 令和 年 月 日 来設・郵送・法人

受付者：

特別養護老人ホーム エバーグリーン

入 所 申 込 書

施設に入所したいので、次のとおり申し込みます。

同意欄	入所判定及び入所待機者の状況把握に必要な場合は、施設が市町村、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、他の介護保険施設・事業所などから、必要な情報を得ることに同意します。 また、施設が行政機関等からの求めに応じて情報提供することに同意します。 令和 年 月 日 氏名

申請者（連絡先）	フリガナ	住所 〒 －
	氏名	
	性別 ： 男 ・ 女 続 柄 （ ）	電話 － －
	生年月日 ： 大・昭・平 年 月 日	携帯 － －

入所申込者	フリガナ		性別	保険者	
	氏名		男 ・ 女	被保険者番号（介護保険）	
	生年月日	明・大・昭 年 月 日（ 歳 ）		要介護状態区分	区分変更中 ・ 新規申請中 要介護 1・2・3・4・5
	現住所	〒 － □ 同上		要介護認定有効期限	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで
	認定状況	基準費用 ・ 3段階（ ① ・ ② ） ・ 2段階 ・ 1段階 ・ 認定申請していない（申請中） ＊ 介護保険負担限度額の認定を受けている方は認定証に記載されている区分。受けていない方は基準費用 市町村役場の介護保険担当課にて申請できます			
	居住状況	□ 自宅	□ 独居		
			□ 介護困難家族と同居	□ 高齢者（65歳以上）のみ世 □ 家族が障害や疾病 □ 家族が就労 □ 他の家族等の世話（育児等） □ その他（ ）	
			□ 介護可能家族等と同居		
		□ 入所 施設名 ： H ・ R 年 月 日 ～			
		□ 入院 病院名 ： H ・ R 年 月 日 ～			
	別居家族	□ 介護困難 □ 介護可能 □ 別居家族なし			
	住環境	□ 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 □ 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、介護が困難 □ その他（ ）			
	特例入所理由	[要介護1または2の申込者のみ記入] □ 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回にみられる。 □ 知的障害・精神障害等を伴い、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回にみられる。 □ 家族等による深刻な虐待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。 □ 単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である等により家族等による支援が期待できず、かつ、地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分である。			
	入所希望時期	□ 今すぐ入所したい □ 6か月以内に入所したい □ 1年以内に入所したい □ 令和 年 月頃 （ まで ・ 以降 ） に入所したい □ とりあえず申し込みたい			

	医療の状況	☐ 経管栄養　☐ IVH　☐ ｲﾝｼｭﾘﾝ注射　☐ 褥瘡(床ずれ)　☐ 在宅酸素 ☐ 人工肛門　☐ 人工膀胱　☐ ﾊﾞﾙｰﾝｶﾃｰﾃﾙ　☐ 人工透析(病院名:　　) ☐ 末梢点滴　☐ その他　(　　)
	特養申請状況	☐ 当該施設のみの申請 ☐ 他の施設にも申請している　(申請している施設名:　　) (申込時期:　　年　　月　　日)

同居家族	氏　名	年　齢	本人との関係

入所希望理由	該当する項目すべてにチェック	☐ 身寄りがなく、介護できる者がいないため ☐ 介護できる同居者がいないため (　介護者が、　長期入院・入所　・　介護者が遠方に在住　) ☐ 介護できる者はいるが、十分な介護力がないため (　介護者が、　高齢　・　要介護・要支援状態　・　病気療養中　・　障害がある　) ☐ 介護できる者はいるが、介護にあたる時間を十分に確保できないため (　介護者が、　就労している　・　他にも介護している　・　育児している　) ☐ 介護できる者はいるが、上記以外の理由で介護を行うことが困難であるため (　理由　:　　)
備考	担当ケアマネ	☐ いる　※ 事業所名　(　　)　名前(　　) ☐ いない

身体状況				
	移動	独歩　・　歩行器　・　杖(　T字・4点　)　・　シルバーカー　・　車椅子(　自走・介助　)		
	立位	自立　・　一部介助　・　全介助	移乗	自立　・　一部介助　・　全介助
	食事	自立　・　一部介助　・　全介助	嚥下	異常なし　・　時々むせる　・　むせやすい
	食事形態	【主食】 普通　・　軟飯　・　粥　・　ペースト　【副食】 普通　・　一口大　・　刻み　・　ペースト 【水分】 トロミ　(　有　・　無　)		
	排泄	自立　・　一部介助　・　全介助	失禁　(　有　・　無　)	
	入浴	自立　・　一部介助　・　全介助	個浴　・　座位浴　・　寝浴	
	認知症	認知度　:　無　(　自立　)　・　有　(　Ⅱa　・　Ⅱb　・　Ⅲa　・　Ⅲb　・　Ⅳ　・　M　) 周辺行動　:　無　・　有(　　)		
	意思疎通	【意思表示】　できる　・　時々できる　・　ほとんどできない　・　できない 【指示への反応】　できる　・　時々できる　・　ほとんどできない　・　できない		
	病歴 入院歴(手術歴) 入所歴			
	かかりつけ医			

【施設記入欄】

※被保険者証・直近3か月分のサービス利用票(別表を含む)を併せて提出願います。
※要介護1又は2の方は特例入所の要件に該当することを判定したうえで正式な受付をします。
※別途資料の提供を求める場合があります。