

指定介護老人福祉施設等 入所申込書

申込者(連絡先) 今後、郵送物などはこの連絡先にお送りさせていただきます。

申込日 年 月 日
受付日 年 月 日

住所 〒 -
氏名 続柄
電話 ()

特別養護老人ホーム等に入所したいので次のとおり申し込みます。

※入居を希望する施設種別に✓マークを入れて下さい。両方希望する場合は両方に✓マークを入れて下さい。

申込先 (入居希望施設)
特別養護養護ホーム百楽園(広域型)
地域密着型介護老人福祉施設サテライト百楽園
保険者
被保険者番号
要介護度
生年月日 年 月 日 () 歳
要介護認定期間 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで
現住所 〒 -
現況
家族構成
介護者の有無
介護者の年齢
介護者の健康
介護可能時間
要介護者との関係
生活・経済状況
待機状況
在宅サービス利用率
在宅サービス利用状況
保険料の段階
住居
住所地
入所希望時期
医療の状況
生活歴
申込状況
主たる介護者
紹介居宅介護支援事業所等

※ 直近の認定調査時と比べて状態に変化がある場合等のみ使用すること。

入所希望者の状況	問題行動	①常時の徘徊	<input type="checkbox"/> ア. ない	<input type="checkbox"/> イ. ときどきある	<input type="checkbox"/> ウ. ある
		②外出して戻れない	<input type="checkbox"/> ア. ない	<input type="checkbox"/> イ. ときどきある	<input type="checkbox"/> ウ. ある
		③被害的	<input type="checkbox"/> ア. ない	<input type="checkbox"/> イ. ときどきある	<input type="checkbox"/> ウ. ある
		④作話	<input type="checkbox"/> ア. ない	<input type="checkbox"/> イ. ときどきある	<input type="checkbox"/> ウ. ある
		⑤感情が不安定	<input type="checkbox"/> ア. ない	<input type="checkbox"/> イ. ときどきある	<input type="checkbox"/> ウ. ある
		⑥昼夜逆転	<input type="checkbox"/> ア. ない	<input type="checkbox"/> イ. ときどきある	<input type="checkbox"/> ウ. ある
		⑦同じ話をする	<input type="checkbox"/> ア. ない	<input type="checkbox"/> イ. ときどきある	<input type="checkbox"/> ウ. ある
		⑧大声を出す	<input type="checkbox"/> ア. ない	<input type="checkbox"/> イ. ときどきある	<input type="checkbox"/> ウ. ある
		⑨介護に抵抗	<input type="checkbox"/> ア. ない	<input type="checkbox"/> イ. ときどきある	<input type="checkbox"/> ウ. ある
		⑩落ち着きなし	<input type="checkbox"/> ア. ない	<input type="checkbox"/> イ. ときどきある	<input type="checkbox"/> ウ. ある
		⑪一人で出たがる	<input type="checkbox"/> ア. ない	<input type="checkbox"/> イ. ときどきある	<input type="checkbox"/> ウ. ある
		⑫収集癖	<input type="checkbox"/> ア. ない	<input type="checkbox"/> イ. ときどきある	<input type="checkbox"/> ウ. ある
		⑬物や衣類を壊す	<input type="checkbox"/> ア. ない	<input type="checkbox"/> イ. ときどきある	<input type="checkbox"/> ウ. ある
		⑭ひどい物忘れ	<input type="checkbox"/> ア. ない	<input type="checkbox"/> イ. ときどきある	<input type="checkbox"/> ウ. ある
		⑮独り言・独り笑い	<input type="checkbox"/> ア. ない	<input type="checkbox"/> イ. ときどきある	<input type="checkbox"/> ウ. ある
		⑯自分勝手な行動	<input type="checkbox"/> ア. ない	<input type="checkbox"/> イ. ときどきある	<input type="checkbox"/> ウ. ある
		⑰話がまとまらない	<input type="checkbox"/> ア. ない	<input type="checkbox"/> イ. ときどきある	<input type="checkbox"/> ウ. ある

貴施設が入所優先度の判定および入所のために必要があるときは、入所希望者およびその家族に関する情報を、市町村、担当居宅介護支援事業所、他の介護事業所および医療機関から収集すること、また、今後の函館市の施策の参考とするため、函館市に報告提供することに同意します。

入所希望者氏名 _____ 印 _____ 申込者(家族等)氏名 _____ 印 _____
 代筆者 _____ (関係 _____)

↓ 以下は特列入所申込者(要介護1または2の入所希望者)のみ記入してください。

■ 特列入所申込みの要件(あてはまるものすべてにチェック)

- ア 認知症である者であって、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られること。
- イ 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られること。
- ウ 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こと。
- エ 単身世帯である、同居家族が高齢また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こと。

■ 上記状態に関する詳しい内容

■ 施設記入欄

函館市の意見

特列入所対象者に 該当 ・ 非該当

