

# 入居申込書

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 |  |
| 受付日 |  |

**特別養護老人ホームに入居したいので  
次のとおり申し込みます。**

|    |     |
|----|-----|
| 〒  | -   |
| 住所 |     |
| 氏名 | 続柄  |
| 電話 | ( ) |

|  |   |  |             |                            |
|--|---|--|-------------|----------------------------|
| 入居を希望する施設に<br>☑を付けてください<br>(同時申込も可能です) | <input type="checkbox"/> <b>みたらの杜</b>   |  | 保 険 者       |                            |
|  | <input type="checkbox"/> <b>舟見の杜(サテライト型)</b><br>※舟見の杜は原則「室蘭市民」の方であり、常時の医療行為を必要としない方が入居対象となります。  |  | 被保険者番号      |                            |
|  | (フリガナ)  | 性別   | 要介護度        |                            |
|  | 氏 名   |  | 要介護<br>認定期間 | 平成 年 月 日 から<br>平成 年 月 日 まで |
|  | 生年月日  | 年 月 日 ( ) 歳  |             |                            |
|  | 現住所   | 〒 -  |             |                            |
|  | 現 況   | <input type="checkbox"/> 自宅で一人で暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 特養などの施設や病院に入っている<br>「施設や病院等に入っている方」は記入してください<br>◇施設名又は病院名: _____ ◇所在地(市町村名のみ)<br>◇入所又は入院時期: 平成 年 月 から入所・入院している    |             |                            |
| 介護者等の<br>状況                            | 家族構成  | <input type="checkbox"/> ア. イ・ウ以外の世帯 <input type="checkbox"/> イ. 高齢者夫婦世帯 <input type="checkbox"/> ウ. 独居  |             |                            |
|  | 介護者の有無  | <input type="checkbox"/> ア. 主たる介護者以外に必要時に協力者有り <input type="checkbox"/> イ. 介護者は一人のみ <input type="checkbox"/> ウ. 介護者はいない  |             |                            |
|  | 介護者の年齢  | <input type="checkbox"/> ア. 60歳未満 <input type="checkbox"/> イ. 60～74歳 <input type="checkbox"/> ウ. 75歳以上(介護者はいない)  |             |                            |
|  | 介護者の健康  | <input type="checkbox"/> ア. 健康である <input type="checkbox"/> イ. 健康に不安を抱えている <input type="checkbox"/> ウ. 介護者自身が要介護者である(介護者はいない)   |             |                            |
|  | 介護可能時間  | <input type="checkbox"/> ア. 十分に介護に当たる時間有 <input type="checkbox"/> イ. 一部不在になる時間有 <input type="checkbox"/> ウ. ほとんど時間が取れない(介護者はいない)   |             |                            |
|  | 要介護者との関係  | <input type="checkbox"/> ア. 良好 <input type="checkbox"/> イ. 介護は行っているが疲労感が強い <input type="checkbox"/> ウ. 介護放棄等、最低限の関わりのみ(介護者はいない)  |             |                            |
| 入居希望者の<br>生活・経済<br>状況                  | 待機状況  | <input type="checkbox"/> ア. 施設・病院等に入所中で退所の働きかけがない <入所中で退所の働きかけがある＝入所可能期間<br><input type="checkbox"/> イ. 制限なし <input type="checkbox"/> ウ. 6～12か月 <input type="checkbox"/> エ. 6ヶ月未満 <input type="checkbox"/> オ. 自宅等      |             |                            |
|  | 在宅サービス<br>利用率   | <input type="checkbox"/> ア. 施設・病院等に入所(院)中 <input type="checkbox"/> イ. 限度額の40%未満 <input type="checkbox"/> ウ. 限度額の40%～60%未満<br><input type="checkbox"/> エ. 限度額の60%～80%未満 <input type="checkbox"/> オ. 限度額の80%以上           |             |                            |
|  | 在宅サービス<br>利用状況  | <input type="checkbox"/> ア. 施設・病院等に入所(院)中 <input type="checkbox"/> イ. 十分サービスを利用している <input type="checkbox"/> ウ. ままサービスを利用している<br><input type="checkbox"/> エ. 一部サービスを抑制している <input type="checkbox"/> オ. ほとんどサービスを抑制している |             |                            |
|  | 保険料の段階  | <input type="checkbox"/> ア. 第5段階以上 <input type="checkbox"/> イ. 第4段階 <input type="checkbox"/> ウ. 第3段階<br><input type="checkbox"/> エ. 第2段階 <input type="checkbox"/> オ. 第1段階  |             |                            |
|  | 住 居   | <input type="checkbox"/> ア. 施設・病院等に入所(院)中 <input type="checkbox"/> イ. 快適な生活のできる住宅 <input type="checkbox"/> ウ. 一部居住性に問題がある<br><input type="checkbox"/> エ. かなり居住性に問題がある <input type="checkbox"/> オ. 帰る住まいがない             |             |                            |
|  | 入居希望時期  | <input type="checkbox"/> 今すぐ入居したい <input type="checkbox"/> 頃までに入居したい   |             |                            |
| 医療の状況                                  | <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> その他 ( )<br>【現在治療中の病気・特記事項等】 |  |             |                            |
| 生活歴                                    | ・出生 ・学歴 ・職歴 ・結婚歴 ・子供 ・その他   |  |             |                            |
| 申込状況                                   | <input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込み <input type="checkbox"/> 他の施設申し込んでいる、又は今後申し込む予定<br>◇既に申し込んでいる他の施設名 ( ) ( )<br>◇今後申し込む予定の他の施設名 ( ) ( )                                       |  |             |                            |

|   |                     |   |        |       |
|---|---------------------|---|--------|-------|
| 主たる<br>介護者  | (フリガナ)              | 性別  | 本人との関係 |       |
|   | 氏 名                 |   | 生年月日   | 年 月 日 |
|   | 同居の区分               | <input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している   (住所: _____) |        |       |
| 紹介事業所<br>(又は支援センター名)                                      | 電話番号 _____ 担当 _____ |   |        |       |
| 私は、事業者が保険者や居宅介護支援事業者等から必要な情報提供を受け、入居判定会議等において用いることに同意します。 |                     |   |        |       |
| ・利用者氏名  |                     | 印   | ・代理人氏名 |       |
|   |                     |   | 印      |       |

裏面もご記入ください

以下の行動について、あてはまる項目に☑をつけてください。

|                               |                          |    |                          |        |                          |    |
|-------------------------------|--------------------------|----|--------------------------|--------|--------------------------|----|
| ① 物を盗られたなどと被害的にあることが          | <input type="checkbox"/> | ない | <input type="checkbox"/> | ときどきある | <input type="checkbox"/> | ある |
| ② 作話をし周囲に言いふらすことが             | <input type="checkbox"/> | ない | <input type="checkbox"/> | ときどきある | <input type="checkbox"/> | ある |
| ③ 実際にはないものが見えたり、聞こえることが       | <input type="checkbox"/> | ない | <input type="checkbox"/> | ときどきある | <input type="checkbox"/> | ある |
| ④ 泣いたり、笑ったりして感情が不安定になることが     | <input type="checkbox"/> | ない | <input type="checkbox"/> | ときどきある | <input type="checkbox"/> | ある |
| ⑤ 夜間不眠あるいは昼夜逆転が               | <input type="checkbox"/> | ない | <input type="checkbox"/> | ときどきある | <input type="checkbox"/> | ある |
| ⑥ 暴言や暴行が                      | <input type="checkbox"/> | ない | <input type="checkbox"/> | ときどきある | <input type="checkbox"/> | ある |
| ⑦ しつこく同じ話をしたり、不快な音を立てることが     | <input type="checkbox"/> | ない | <input type="checkbox"/> | ときどきある | <input type="checkbox"/> | ある |
| ⑧ 大きな声を出すことが                  | <input type="checkbox"/> | ない | <input type="checkbox"/> | ときどきある | <input type="checkbox"/> | ある |
| ⑨ 助言や介護に抵抗することが               | <input type="checkbox"/> | ない | <input type="checkbox"/> | ときどきある | <input type="checkbox"/> | ある |
| ⑩ 目的もなく動き回ることが                | <input type="checkbox"/> | ない | <input type="checkbox"/> | ときどきある | <input type="checkbox"/> | ある |
| ⑪ 「家に帰る」等と言い落ち着きがないことが        | <input type="checkbox"/> | ない | <input type="checkbox"/> | ときどきある | <input type="checkbox"/> | ある |
| ⑫ 外出すると病院、施設、家などに1人で戻れなくなることが | <input type="checkbox"/> | ない | <input type="checkbox"/> | ときどきある | <input type="checkbox"/> | ある |
| ⑬ 1人で外に出たがり目が離せないことが          | <input type="checkbox"/> | ない | <input type="checkbox"/> | ときどきある | <input type="checkbox"/> | ある |
| ⑭ いろいろなものを集めたり、無断でもってくることが    | <input type="checkbox"/> | ない | <input type="checkbox"/> | ときどきある | <input type="checkbox"/> | ある |
| ⑮ 火の始末や火元の管理ができないことが          | <input type="checkbox"/> | ない | <input type="checkbox"/> | ときどきある | <input type="checkbox"/> | ある |
| ⑯ 物や衣類を壊したり、破いたりすることが         | <input type="checkbox"/> | ない | <input type="checkbox"/> | ときどきある | <input type="checkbox"/> | ある |
| ⑰ 不潔な行為を行うことが                 | <input type="checkbox"/> | ない | <input type="checkbox"/> | ときどきある | <input type="checkbox"/> | ある |
| ⑱ 食べられないものを口に入れることが           | <input type="checkbox"/> | ない | <input type="checkbox"/> | ときどきある | <input type="checkbox"/> | ある |
| ⑲ ひどい物忘れが                     | <input type="checkbox"/> | ない | <input type="checkbox"/> | ときどきある | <input type="checkbox"/> | ある |

入居申込に至る経緯をご記入ください。

その他特記事項がございましたら、ご記入ください。