特別養護老人ホーム スマイルガーデン黒埼　入所申込書

申込日	令和　　年　　月　　日
受付日	令和　　年　　月　　日

特別養護老人ホーム　スマイルガーデン黒埼　　施設長　宛

申 込 者 (身元引受人)	(フリガナ) （続柄　　）	連 絡 先 電話番号	自宅 携帯
住　所	〒		

貴施設に入所したいので、次のとおり申し込みます。

入所希望者 （ご本人）	(フリガナ)	性　別	男　・　女
		生年月日	大正・昭和・平成　　年　　月　　日（　　歳）
住　所	〒		
現　況	☐自宅（ 単身 ・ 同居 ）　☐ 施設に入所中　→ 施設名: ☐ 病院に入院中　→ 病院名:　（　　年　　月　　日 ～）		

介 護 保 険	被保険者番号											保険者	☐新潟市　☐その他（　　）
	要介護度	☐要介護1　☐要介護2　☐要介護3　☐要介護4　☐要介護5											
	認定期間	年　月　日 ～　年　月　日										認定日	年　月　日
	負担割合	☐1割　☐2割　☐3割				負担限度額認定証	☐なし　☐あり（食費 ☐300円 ☐390円 ☐650円 ☐1360円）						

本人の収入	☐なし　☐あり（年間総収入額　約　　万円）	年金収入　月　　万円（年金種別 ☐国民　☐厚生　☐その他）				
健 康 保 険	☐後期高齢　☐国保　☐共済　☐組合　☐生活保護	医療限度額減額認定証	☐なし　☐あり	特 定 疾 病 療養受療証	☐なし　☐あり	
障 が い 者 手 帳 等	種類　☐身体　☐精神　☐療育	障がい名	（　　級／判定日　　年　月　日 ～）			

家族構成

氏　名	年 齢	続 柄	同居・別居	連絡先電話番号
	歳		☐同居 ☐別居	
	歳		☐同居 ☐別居	
	歳		☐同居 ☐別居	
	歳		☐同居 ☐別居	
	歳		☐同居 ☐別居	

入所希望者 の 意 向	☐ 今すぐに入所したい ☐　　年　　月 頃までには入所したい ☐ スマイルガーデン黒埼 のみ申し込んでいる ☐ 他の施設にも申し込んでいる （他の施設名）

担 当 介護支援 専 門 員	氏 名	事 業 所 名	電 話 番 号
			（　　）　　－

医療の状況	
	☐特になし ☐経管栄養（☐経鼻　☐胃ろう）　☐尿道カテーテル（☐フォーレ　☐その他　　）　☐ストマ（人工肛門） ☐インスリン注射　☐酸素療法　☐気管切開　☐透析　☐その他（　　）

現在治療中の病気

病　名	入院・通院 医療機関名	期　間
		年　月　日 ～　年　月　日
		年　月　日 ～　年　月　日
		年　月　日 ～　年　月　日
		年　月　日 ～　年　月　日

既往歴

病　名	入院・通院 医療機関名	期　間
		年　月　日 ～　年　月　日
		年　月　日 ～　年　月　日
		年　月　日 ～　年　月　日
		年　月　日 ～　年　月　日

本人の状況				
身　長	cm	体　重	kg	
移　動	自立 ・ 伝い歩き ・ 歩行器 ・ 寝たきり 車椅子（自操・介助）・ リクライニング車椅子			
起き上がり	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ 不可			
座位保持	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ 不可			
立ち上がり	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ 不可			
立位保持	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ 不可			
ま　ひ	なし ・ あり（部位:　　）			
拘　縮	なし ・ あり（部位:　　）			
食　事	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 〈摂取量〉 少ない ・ 普通 ・ 多い 〈主食〉飯・粥・他　〈副食〉普通・刻み・他			

排　泄	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 トイレ・ポータブルトイレ・オムツ内 ・ 他（尿器等）
下　着	布パンツ ・ 紙パンツ ・ パット ・ オムツ
入　浴	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助
発　語	正常 ・ 不自由 ・ 不可
言語理解	正常 ・ ある程度可能 ・ 不可
意思表示	正常 ・ ある程度可能 ・ 不可
他者との交流	積極的 ・ 普通 ・ 消極的 ・ 不可
認知症状・問題行動等	徘徊 ・ 被害妄想 ・ 大声を出す ・ 見当識障害 暴言 ・ 暴行 ・ 介護抵抗 ・ 破壊行動 ・ 収集癖 昼夜逆転 ・ 帰宅願望 ・ 異食行為 ・ 不潔行為 その他（　　）

その他 （入所希望の理由・介護で特に困っていること　等、ご自由にお書き下さい。）

要介護１・要介護２の方が入所を申し込む場合に記入して下さい

特養入所の要件・理由

入所申込者が、居宅において日常生活を営むことが困難なやむを得ない事由

- ☐ 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・行動や意思の疎通の困難さが頻繁に見られる。
- ☐ 知的障がい・精神障がいを伴い、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思の疎通の困難さが頻繁に見られる。
- ☐ 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。

（上記要件の具体的な理由）

説明確認及び情報収集に関わる同意

私は、貴施設への入所申込に際し、入所申込から入所契約までの手続き及び入所順位の決定方法について施設から説明を受けました。
なお、貴施設が入所順位決定のため必要な範囲において、私（入所希望者及びその家族）に関する情報を、市町村、担当居宅介護支援事業所、他の介護保険施設及び医療機関から収集することに同意します。

年　　月　　日　　入所希望者 ＿＿＿＿＿＿＿＿

入所希望者の家族 ＿＿＿＿＿＿＿＿