

# 入所申込書

申込日	令和	年	月	日	申込者記入
受付日	令和	年	月	日	施設側記入

特別養護老人ホーム アイリスコート  
施設長殿

申込代理人（申込書を記入された方）

フリガナ 氏名		続柄	
住所	〒 - Tel ( )		

貴施設に入所したいので次の通り申し込みます。

フリガナ 本人氏名		男 女	大 昭	年	月	日生 ( )	歳		
住所	〒 - Tel ( )								
介護保険	被保険者番号			要介護度	1	2	3	4	5
認定期間	令和	年	月	日	～	令和	年	月	日
健康保険	種別			記号・番号					
年金等	種別								
現 状	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 入居中 病院又は施設名								
	住所					電話番号			
	入院又は入所期間	令和	年	月	日	～			
	歩 行 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 排 泄 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <おむつ使用> <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜のみ <input type="checkbox"/> 昼夜 食 事 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <主食> <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 軟食 <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> ペースト食 <副食> <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み食 <input type="checkbox"/> ペースト食 入 浴 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 着脱衣 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 視 力 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 全盲 聴 力 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや難聴 <input type="checkbox"/> 難聴 言 語 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少し不自由 <input type="checkbox"/> 不自由 問題行動 <input type="checkbox"/> 攻撃的行為 <input type="checkbox"/> 自傷行為 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不穏行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行為 <input type="checkbox"/> その他 ( )								
心身状態	【現在の治療中の病気・特記事項等】								
医療の状況									

入所を希望する理由  ※該当するものを全て選んでください。	<input type="checkbox"/> 身寄りがなく介護者がいないため <input type="checkbox"/> 定期的な介護可能者が同一市町村及び隣接市町村 外 に住んでいる <input type="checkbox"/> 定期的な介護可能者が同一市町村及び隣接市町村 内 に住んでいる <input type="checkbox"/> 主介護者が病院等に長期入院の状況により、事実上介護が不可能である <input type="checkbox"/> 主介護者が要介護状態、病気療養中、障害を有するなどの状況にあり十分な介護が困難である <input type="checkbox"/> 主介護者が要支援状態、高齢等の状況にあり十分な介護が困難である <input type="checkbox"/> 主介護者が複数の介護や育児又は就業しているために十分な介護が困難である <input type="checkbox"/> 介護者の身体的・精神的負担が大きい <input type="checkbox"/> 病院や他施設等から退院・退所を求められているが在宅での介護が困難である <input type="checkbox"/> 当該施設を退所して長期入院した後、退院することになったが在宅での介護が困難である <input type="checkbox"/> その他（ ）
-------------------------------------	--

家族の状況	氏名 (主介護者には□にレ点)	続柄	年齢	職業	同居 別居 の別	別居の場合	
						住所	連絡先
<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		
<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		
<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		
<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		
<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		

  

身元引受人	氏名	続柄	年齢	職業	住所	連絡先

入所を希望する時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 年 月頃までには入所したい
申込状況	<input type="checkbox"/> アイリスコートのみ申込み <input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込んでいる (他の施設名) _____ _____
特記事項	

担当 ケアマネジャー	氏名	事業所	連絡先

説明確認欄	私は、入所申し込みの際に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。 令和 年 月 日  氏名 _____
-------	---