※施設記入欄
No.

入 所 申 込 書

（特別養護老人ホーム第二松園ハイツ・北松園ハイツ）

申込日　令和　　年　　月　　日

1．入所を希望する施設に☑をしてください。両方の施設に申込みする場合は両方に☑してください。（提出は片方で可）

□	第二松園ハイツ（多床室）	□	北松園ハイツ（個室）	※住所地が盛岡市の方のみお申し込みが可能です。

2．入所を希望されるご本人についてご記入ください。

入所を希望される方（ご本人）	ふりがな		性 別	□男　□女
	氏 名		生年月日	大正・昭和　年　月　日　歳
	本人の住所地	〒		

3．この申し込みに関する連絡者（ご家族等）についてご記入ください。

申込連絡者（ご家族等）	ふりがな		生年月日	大正・昭和・平成　年　月　日　歳
	氏 名			
	住 所	〒　　□本人と同じ		
	電話番号		続柄	

4．サービスのご利用状況をご記入ください。（該当する項目に☑またはご記入をお願いします）

□　現在ご自宅で暮らしている方

現在利用しているサービスをすべてお選び下さい	□訪問介護（ホームヘルパー）　□訪問看護　□訪問リハビリ　□通所介護（デイサービス）　□通所リハビリ（デイケア）	
	□短期入所（ショートステイ）　□福祉用具貸与（福祉用具レンタル）　□利用していない	
	1週間にどのくらい利用していますか。（福祉用具レンタルを除く）	□1～2日　□3～4日　□5～7日

□　現在病院に入院中の方、施設に入所中の方

施設や病院の名称	（　　年　　月頃から入院・入所中）
退院（所）してご自宅に帰ることになった場合、もしくはその想定をした場合に　在宅生活は可能ですか	□可能　□困難である （理由：　　）
病院・施設から「○月○日までに退院（所）してください」と言われたなど、具体的に退院（所）の予定はありますか	□退院（所）予定がある　□退院（所）予定がない （　　年　　月頃）

5．介護者の状況についてご記入下さい。

主に介護しているのはどなたですか（申込などの事務手続きの支援も含みます）	□申込連絡者と同じ（この場合、下記の氏名・性別・年齢・続柄の記載不要、介護者の状況は記載必要です） □介護者は下記の者　□介護者不在　□家族はいるが交流が途絶している			
	ふりがな		性別	□男　□女
	氏 名		年齢	歳
			続柄	
介護者の状況で右の選択肢に当てはまる項目があればお選び下さい	□中重度要介護（要介護 2 以上）　□軽度要介護（要支援 1 以上）　□重篤な介護疲れ □障がい者（身障手帳 1・2 級所持）　□障がい者（身障手帳所持）　□県外在住　□未成年 □病弱（疾病による禁忌があるか入院中）　□病弱（既往があり加療中）　□高齢（75 歳以上） □盛岡市及び近隣市町村に居住していない　□就労（週 20 時間以上勤務） □養育（小学生以下の児童を養育）　□これまでの本人との生活経緯により義絶している			

＜裏面についてもご記入ください＞

6. 住宅環境についてご記入ください。（現在、入院・入所中の方は、退院・退所した場合の住居についてご記入ください）

ご本人の居住状況および同居家族の有無についてお選び下さい	□一人暮らし	同一の市町村または近隣の市町村に住んでいる家族がいますか ※ここでいう「家族」とは兄弟・子・子の配偶者・孫を指します。 □いる　□いない
	□同居している家族がいる	
住居形態	□戸建（□平屋　□2階建以上）	□アパート・マンション（　階／エレベーター　□有　□無）
住宅環境で、本人の心身状況と照らし生活上不都合なところ、介護の支障になる項目をお選びください	□確たる居住地が無い　□廃棄物が放置されている □段差が多い　□トイレが狭い　□風呂が無い （その他：　）	

7. ご本人様の健康状態やお身体の状態についてご記入ください。

現在治療している病気はありますか		
これまでに大きな病気にかかったことはありますか	（　年くらい前）	
	（　年くらい前）	
現在行っている医療的な処置はありますか。すべてお選び下さい	□なし	□経鼻栄養　□たんの吸引　□人工肛門　□インスリン注射 □カテーテル留置　□酸素療法　□褥そう処置　□点滴 □気管切開　□胃ろう　□その他（　）
食事は自分で食べられますか	□自分で食べる　□準備や声掛けすれば自分で食べられる □全般的に手伝いが必要　□その他（　）	
トイレは自分でできますか	□自分でできる　□声掛けや介助をすればトイレでできる □常時おむつをしている　□その他（　）	
歩いて移動することはできますか	□自分で歩ける　□手引き介助や杖等を使えば歩ける □車いすを使用　□その他（　）	
認知症の症状で該当するものはありますか。すべてお選び下さい	□なし （年齢相応の物忘れ程度）	□医師から認知症と診断された　□混乱して介助を拒む □つじつまが合わず意思疎通できない　□暴力を振るう □暴言を吐く　□食べられないものを口に入れる □夜眠らずに昼夜逆転する　□物を盗られた等被害的になる □気持ちが落ち込んだりやる気が出ない　□不潔行為

8. 申込みに関係する参考情報についてご記入ください。

担当ケアマネジャーの事業所名		担当ケアマネジャーの名前	
申込み状況について	□当施設のみ申込み　□これから他の施設にも申込む　□他の施設にも申し込んでいる		
本人の経済状況	□非課税世帯である　□生活保護受給中である　□課税世帯である		
入所時期について	□すぐの入所を希望　□適当な時期が来れば入所を希望（理由：　）		

右のようなことがありますか。該当する項目をお選びください	□認知症の症状により日常生活に支障を来している	□知的障がい、精神障がい等を伴い、日常生活に支障を来している	□家族等による深刻な虐待が疑われる	□単身世帯等で家族等による支援が期待できない
	□上記で、重度（認知症自立度Ⅲa 以上）である			□上記の状態が介護者の急死等で発生
そのほか、申込みにあたり、施設に伝えたいことなどがありましたら、ご自由にご記入ください				

※必ず介護保険被保険者証の写しを添付してください。（添付がないと受付できません）