

入所申し込みのご案内

特別養護老人ホーム甘露苑では、施設入所の入所希望者を募集しております。ご利用をお考えの方は、まずお電話でご相談下さい。

【お申し込みの際の注意】

- ① 入所申込書は、ダウンロード又は施設にあります。
- ② 料金の目安についてはパンフレットを参照して下さい。2割、3割についてはご相談下さい。
- ③ 記載した入所申込書をご持参又は、郵送して下さい。郵送の場合後日面接のご連絡をいたします。
- ④ 入所申込書をご持参した際は、施設の説明と面談を要するために30分から1時間くらいの時間がかかります。
- ⑤ 上記の面談には、予約が必要です。必ず事前に連絡をお願いいたします。
- ⑥ その他ご不明な点につきましては、甘露苑へお問合わせ下さい。

連絡先：〒243-0803 神奈川県厚木市山際 1350-1

電話：046-246-0158

標準入所申込書

申込日	年 月 日	受付日	年 月 日
※ 受付後5年間保存します。		受付時刻	午前・午後 時 分

施設長 殿

申込者（連絡先）

住 所	〒 _____		
(フリガナ) 氏 名	_____	電話番号	() _____

特別養護老人ホームに入所したいので、次のとおり申し込みます。

入所希望者の状況	(フリガナ)					性 別	男 ・ 女							
	氏 名					住民登録	市・区・町・村							
	現 住 所	〒 _____				電話 _____								
	生年月日	明・大・昭 年 月 日(歳)												
	健康保険	種 別				記号・番号								
	年金等	種 別												
	障害手帳等	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 手帳の種類 _____ (障害名 _____) (判 定 _____ 級(度) _____ 年 月 日)												
	介護保険	被保険者番号	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5											
	要介護認定	【要介護1、要介護2の方へ】 要介護1又は要介護2の方が特別養護老人ホームに入所するには、居宅において日常生活を営むことが困難なことについてやむを得ない事由があると認められることが必要です。 ①認知症である者であって、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる、②知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られる、③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、④単身世帯である、同居家族が高齢又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、という事情がある場合には、そうした事情がわかるように、次ページ以降の各欄に具体的な状況を記載してください。 (認定期間) _____ 年 月 日～ _____ 年 月 日												
	現在利用している施設サービス等	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設、介護療養型医療施設、病院等に入所(入院)している <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等に入所(入居)している <input type="checkbox"/> 自宅で暮らしている (施設に入所(入居・入院)している場合) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">施設名又は病院名 (所在地)</td> <td>_____ 市・区・町・村</td> </tr> <tr> <td>入所又は入院期間</td> <td>_____ 年 月 日～</td> </tr> </table>										施設名又は病院名 (所在地)	_____ 市・区・町・村	入所又は入院期間
施設名又は病院名 (所在地)	_____ 市・区・町・村													
入所又は入院期間	_____ 年 月 日～													

* 氏名、生年月日、被保険者番号、要介護認定については、被保険者証の内容に合わせて記載してください。

入所希望者の状況	現在利用している居宅サービス *1 該当するものをすべて選んでください。 *2 []内に事業者名を記入してください。	<input type="checkbox"/> 訪問介護 (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 訪問看護 (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 通所介護 (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問看護 (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護 (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 福祉用具の貸与・購入費支給 <input type="checkbox"/> 住宅改修費の支給 <input type="checkbox"/> その他の生活支援 ()																		
身体状況		<table border="1"> <tr> <td data-bbox="375 795 454 884">食 事 摂 取</td> <td data-bbox="462 795 1380 884"> <input type="checkbox"/> 自 立 <input type="checkbox"/> 見 守 り (むせる・むせない) <input type="checkbox"/> 一 部 介 助 <input type="checkbox"/> 全 部 介 助 (食事の種類) (主食) <input type="checkbox"/> 常 食 <input type="checkbox"/> 半 粥 <input type="checkbox"/> 全 粥 <input type="checkbox"/> ミ キ サ ー (副食) <input type="checkbox"/> 常 食 <input type="checkbox"/> 刻 み <input type="checkbox"/> ミ キ サ ー </td> </tr> <tr> <td data-bbox="375 896 454 974">排 泄</td> <td data-bbox="462 896 1380 974"> <input type="checkbox"/> 自 立 <input type="checkbox"/> 一 部 介 助 <input type="checkbox"/> 全 部 介 助 (おむつの使用) <input type="checkbox"/> な し <input type="checkbox"/> 昼 夜 <input type="checkbox"/> 夜 の み (排せつの拒絶) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 </td> </tr> <tr> <td data-bbox="375 985 454 1041">入 浴</td> <td data-bbox="462 985 1380 1041"> <input type="checkbox"/> 自 立 <input type="checkbox"/> 一 部 介 助 <input type="checkbox"/> 全 部 介 助 </td> </tr> <tr> <td data-bbox="375 1052 454 1108">更 衣</td> <td data-bbox="462 1052 1380 1108"> <input type="checkbox"/> 自 立 <input type="checkbox"/> 見 守 り <input type="checkbox"/> 一 部 介 助 <input type="checkbox"/> 全 部 介 助 </td> </tr> <tr> <td data-bbox="375 1120 454 1198">移 動</td> <td data-bbox="462 1120 1380 1198"> <input type="checkbox"/> 自 立 <input type="checkbox"/> 見 守 り <input type="checkbox"/> 一 部 介 助 <input type="checkbox"/> 全 部 介 助 (歩 行) <input type="checkbox"/> つ か ま り 歩 き <input type="checkbox"/> 杖 使 用 <input type="checkbox"/> 車 い す <input type="checkbox"/> 寝 た き り </td> </tr> <tr> <td data-bbox="375 1209 454 1265">視 力</td> <td data-bbox="462 1209 1380 1265"> <input type="checkbox"/> 普 通 <input type="checkbox"/> や や 悪 い <input type="checkbox"/> 人 の 動 き が わ か る 程 度 <input type="checkbox"/> ほ と ん ど 見 え な い </td> </tr> <tr> <td data-bbox="375 1276 454 1332">聴 力</td> <td data-bbox="462 1276 1380 1332"> <input type="checkbox"/> 普 通 <input type="checkbox"/> や や 悪 い <input type="checkbox"/> 大 声 が 聞 き 取 れ る <input type="checkbox"/> ほ と ん ど 聞 こ え な い </td> </tr> <tr> <td data-bbox="375 1344 454 1400">言 語</td> <td data-bbox="462 1344 1380 1400"> <input type="checkbox"/> 普 通 <input type="checkbox"/> 聞 き 取 り に く い <input type="checkbox"/> 聞 き 取 れ な い </td> </tr> <tr> <td colspan="2" data-bbox="375 1411 1380 1456"> 補足すべき身体状況について、具体的に記載してください。 </td> </tr> </table>	食 事 摂 取	<input type="checkbox"/> 自 立 <input type="checkbox"/> 見 守 り (むせる・むせない) <input type="checkbox"/> 一 部 介 助 <input type="checkbox"/> 全 部 介 助 (食事の種類) (主食) <input type="checkbox"/> 常 食 <input type="checkbox"/> 半 粥 <input type="checkbox"/> 全 粥 <input type="checkbox"/> ミ キ サ ー (副食) <input type="checkbox"/> 常 食 <input type="checkbox"/> 刻 み <input type="checkbox"/> ミ キ サ ー	排 泄	<input type="checkbox"/> 自 立 <input type="checkbox"/> 一 部 介 助 <input type="checkbox"/> 全 部 介 助 (おむつの使用) <input type="checkbox"/> な し <input type="checkbox"/> 昼 夜 <input type="checkbox"/> 夜 の み (排せつの拒絶) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	入 浴	<input type="checkbox"/> 自 立 <input type="checkbox"/> 一 部 介 助 <input type="checkbox"/> 全 部 介 助	更 衣	<input type="checkbox"/> 自 立 <input type="checkbox"/> 見 守 り <input type="checkbox"/> 一 部 介 助 <input type="checkbox"/> 全 部 介 助	移 動	<input type="checkbox"/> 自 立 <input type="checkbox"/> 見 守 り <input type="checkbox"/> 一 部 介 助 <input type="checkbox"/> 全 部 介 助 (歩 行) <input type="checkbox"/> つ か ま り 歩 き <input type="checkbox"/> 杖 使 用 <input type="checkbox"/> 車 い す <input type="checkbox"/> 寝 た き り	視 力	<input type="checkbox"/> 普 通 <input type="checkbox"/> や や 悪 い <input type="checkbox"/> 人 の 動 き が わ か る 程 度 <input type="checkbox"/> ほ と ん ど 見 え な い	聴 力	<input type="checkbox"/> 普 通 <input type="checkbox"/> や や 悪 い <input type="checkbox"/> 大 声 が 聞 き 取 れ る <input type="checkbox"/> ほ と ん ど 聞 こ え な い	言 語	<input type="checkbox"/> 普 通 <input type="checkbox"/> 聞 き 取 り に く い <input type="checkbox"/> 聞 き 取 れ な い	補足すべき身体状況について、具体的に記載してください。	
食 事 摂 取	<input type="checkbox"/> 自 立 <input type="checkbox"/> 見 守 り (むせる・むせない) <input type="checkbox"/> 一 部 介 助 <input type="checkbox"/> 全 部 介 助 (食事の種類) (主食) <input type="checkbox"/> 常 食 <input type="checkbox"/> 半 粥 <input type="checkbox"/> 全 粥 <input type="checkbox"/> ミ キ サ ー (副食) <input type="checkbox"/> 常 食 <input type="checkbox"/> 刻 み <input type="checkbox"/> ミ キ サ ー																			
排 泄	<input type="checkbox"/> 自 立 <input type="checkbox"/> 一 部 介 助 <input type="checkbox"/> 全 部 介 助 (おむつの使用) <input type="checkbox"/> な し <input type="checkbox"/> 昼 夜 <input type="checkbox"/> 夜 の み (排せつの拒絶) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無																			
入 浴	<input type="checkbox"/> 自 立 <input type="checkbox"/> 一 部 介 助 <input type="checkbox"/> 全 部 介 助																			
更 衣	<input type="checkbox"/> 自 立 <input type="checkbox"/> 見 守 り <input type="checkbox"/> 一 部 介 助 <input type="checkbox"/> 全 部 介 助																			
移 動	<input type="checkbox"/> 自 立 <input type="checkbox"/> 見 守 り <input type="checkbox"/> 一 部 介 助 <input type="checkbox"/> 全 部 介 助 (歩 行) <input type="checkbox"/> つ か ま り 歩 き <input type="checkbox"/> 杖 使 用 <input type="checkbox"/> 車 い す <input type="checkbox"/> 寝 た き り																			
視 力	<input type="checkbox"/> 普 通 <input type="checkbox"/> や や 悪 い <input type="checkbox"/> 人 の 動 き が わ か る 程 度 <input type="checkbox"/> ほ と ん ど 見 え な い																			
聴 力	<input type="checkbox"/> 普 通 <input type="checkbox"/> や や 悪 い <input type="checkbox"/> 大 声 が 聞 き 取 れ る <input type="checkbox"/> ほ と ん ど 聞 こ え な い																			
言 語	<input type="checkbox"/> 普 通 <input type="checkbox"/> 聞 き 取 り に く い <input type="checkbox"/> 聞 き 取 れ な い																			
補足すべき身体状況について、具体的に記載してください。																				
認知症・精神の症状		<input type="checkbox"/> 何らかの認知症を有するが、日常生活はほぼ自立している <input type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状が見られるが、誰かが注意していれば自立できる <input type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状が見られ、介護を必要とする <input type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状が頻繁に見られ、常に介護を必要とする <input type="checkbox"/> 著しい精神症状や問題行動が見られ、専門医療を必要とする 自傷行為、せん妄、徘徊、奇声、摂食異常、不潔行為、攻撃的行為等の行動、あるいは精神障害がある場合は、その状況や頻度等を具体的に記載してください。 _____ _____ _____ _____ _____																		

入所希望者の状況	医療的処置 * 該当するものをすべて選んでください。	<input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> その他 (現在治療中の病気)	<input type="checkbox"/> ストマ(人工肛門) <input type="checkbox"/> インシュリン注射	<input type="checkbox"/> 経管栄養(鼻腔・胃ろう) <input type="checkbox"/> 疼痛看護																													
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>病名</th> <th>入院・通院病院</th> <th>期間</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td>年 月～</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>年 月～</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>年 月～</td> </tr> <tr> <td>内服薬</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>感染症</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> (既往症) <table border="1"> <thead> <tr> <th>病名</th> <th>入院・通院病院</th> <th>期間</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td>年 月～ 年 月</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>年 月～ 年 月</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>年 月～ 年 月</td> </tr> </tbody> </table>	病名	入院・通院病院	期間			年 月～			年 月～			年 月～	内服薬			感染症			病名	入院・通院病院	期間			年 月～ 年 月			年 月～ 年 月			年 月～ 年 月		
病名	入院・通院病院	期間																															
		年 月～																															
		年 月～																															
		年 月～																															
内服薬																																	
感染症																																	
病名	入院・通院病院	期間																															
		年 月～ 年 月																															
		年 月～ 年 月																															
		年 月～ 年 月																															
入所希望者の意向 (入所希望者が申し込んでいる場合を除く)	<input type="checkbox"/> 入所希望者が特別養護老人ホームへの入所を希望している <input type="checkbox"/> 入所希望者は在宅での生活を希望している <input type="checkbox"/> 入所希望者の意向は確認していない又は確認できない <input type="checkbox"/> その他()																																
家族や住居等の状況	入所を希望する理由 * 該当するものをすべて選んでください。																																
	<input type="checkbox"/> 身寄りがいない若しくは家族等がいても疎遠であるなど介護する者がいない <input type="checkbox"/> 介護する者が、距離が離れている・入院しているなどの状況にあり介護ができない <input type="checkbox"/> 介護する者が、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 <input type="checkbox"/> 介護する者が、要支援状態・高齢等の状況にあり、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護する者が、複数の介護や育児を行っている状況にあり、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護する者が、就労している状況にあり、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護する者の身体的・精神的負担が大きい																																
	<input type="checkbox"/> 車いすを使用しているが、住居の廊下等の構造が適していないため介護が困難 <input type="checkbox"/> 住居の便所、浴室、階段等の形態や構造が適していないため、十分な介護が困難																																
	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設、介護療養型医療施設、病院等から退所(退院)を求められているが、在宅での介護が困難 <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 <input type="checkbox"/> その他(具体的に記載してください。) <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>																																
主な介護者	(フリガナ)		性別	年齢/生年月日	(歳)																												
	氏名		男・女	明・大・昭	年 月 日																												
	同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 住所 〒 電話 ()																															
	入所希望者との関係	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他()																															
	他の介護者	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> いない																															
	意見	(介護をしている上で特に困っていること) <hr/> <hr/>																															

その他	入所を希望する時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 半年ぐらい先には入所したい <input type="checkbox"/> 1年ぐらい先には入所したい <input type="checkbox"/> 将来的に必要なになったときに入所したい
	他施設の申込み状況	<input type="checkbox"/> 当該施設にのみ申し込んでいる <input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込んでいる (他の施設名) _____ _____

担当ケアマネジャー	氏名	_____	連絡先	電話 () _____
	事業所名	_____		

備考	<p>本入所申込書に記載した事項あるいは記載項目にない事項等で、特に優先的な入所を考慮する必要がある場合は、その状況についてご記入ください。</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
----	---

おねがい	<p>入所希望者の要介護度や家族等の介護者の状況など、本入所申込書に記載した事項等が変わった場合、死亡された場合、あるいは他の特別養護老人ホーム等に入所した場合は、必ず当施設に連絡をしてください。</p>
------	--

同意確認欄	<input type="checkbox"/> 入所申込みに関する情報について、市町村又は県から状況把握のために提示を求められた場合には、施設がこれを提示することについて同意します。 <input type="checkbox"/> 入所要件の判定や入所の必要性の高さを判断するために必要がある場合には、入所申込みに関する情報を施設が市町村に提示して意見を求め、報告を行うことについて同意します。 <input type="checkbox"/> 申込みから2年を経過した後、施設からの連絡に対して応答がなく施設が入所希望者の状況を把握することができない場合には、本申込みを無効とすることについて同意します。
	入所希望者氏名 _____ 印 申込者氏名 _____ 印

説明確認欄	<p>私は、入所申込みに際し、入所申込み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。</p> <p style="text-align: right;">(本人との続柄)</p> <p style="text-align: center;">_____年 _____月 _____日 氏名 _____ () _____</p>
-------	---