

指定介護老人福祉施設入居申込書
(特別養護老人ホーム)

施設名										申込日		令和		年		月		日												
幸楽荘 施設長 様										受付日		令和		年		月		日												
入居を希望するので、下記のとおり申し込みます。										受付者																				
入居希望者	ふりがな									性別	男	生年月日																		
	氏 名										女	明・大・昭 (歳) 年 月 日																		
	住 所		〒 -								(TEL) (FAX)																			
被保険者番号											要 介 護 度		1		2		3		4		5									
保 険 者 番 号										保 険 者 名																				
初 回 要 介 護 認 定 年 月 日			☐ 平成		年		月		日		認定の有効期間		令和		年		月		日		～		令和		年		月		日	
認 定 審 査 会 の 意 見 等																														

※上記の「初回要介護認定年月日」以外は、入居希望者の介護保険被保険者証から転記して下さい。

申 込 者	住 所	〒 - (TEL) (FAX)		
	ふりがな		入居希望者 との続柄	
	氏 名			
連 絡 先 (上記以外)	住 所	〒 - (TEL) (FAX)		
	ふりがな		入居希望者 との続柄	
	氏 名			

※申込者以外の方へ連絡を希望される方は、連絡先欄もご記入下さい。

申 込 状 況	(	)	(	)	(	)
	(	)	(	)	(	)
	(	)	(	)	(	)

※既に申し込みをされている施設名をご記入下さい。

説明及び情報 提供に関する 確認欄	私は、入居申し込みに際し、入居順位の決定方法及び身体状況等の変化に伴う届出について施設から説明を受けました。	
	また、今後の名古屋市の施策の参考とするため、名古屋市に情報提供することに同意します。	
	令和 年 月 日 氏名	本人との続柄 ()

入居希望者等の状況

※該当するものにレ印を付し、その状況をご記入下さい。

現在の居所	☐ 自宅でひとり暮らしをしている ☐ 自宅で家族と暮らしている ☐ 特養・老人保健施設などの施設や病院に入っている 施設名又は病院名 () 施設等へ入居又は入院した時期 (昭和・平成 年 月から)			
入居希望時期	☐ 今すぐ ☐ 半年以内 ☐ 1年以内 ☐ その他 ()			
入居を希望する理由 (該当するものを全て選んで下さい)	☐ 介護する者がいないため ☐ 介護する者が遠くに離れたところに住んでいるため ☐ 介護する者が「高齢」、「障害」、「病気」等により介護することが困難なため ☐ 介護する者が就労していて介護することが困難なため ☐ 介護する者の身体的・精神的負担が大きいため ☐ 居住環境の事情により、十分な介護をすることが困難なため ☐ 施設や病院から退所(退院)を求められているため ☐ その他 ()			
医療に関する状況	(特別な医療行為)			
	☐ なし ☐ 経管栄養 ☐ 胃ろう ☐ バルンカテーテル ☐ インシュリン注射 ☐ 人口透析 ☐ 人口肛門 ☐ 在宅酸素療法 ☐ その他()			
	(現在治療中の病気など)			
	(その他健康状態に関する特記事項)			
かかりつけの医療機関名				
認知症による行動障害の内容・頻度	☐ 該当なし ☐ 徘徊 ☐ 不潔行為 ☐ 不穏行動 ☐ 自傷行為 ☐ 暴力行為 ☐ 昼夜逆転 ☐ 異食行為 ☐ 被害妄想 ☐ 火の不始末 ☐ その他 ()			
発生頻度		☐ 常時 ☐ 週3～4回程度 ☐ 週1～2回程度 ☐ 月数回程度		
介護に関する状況	飲食摂取	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助		
	排 尿	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助		
	排 便	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助		
	入 浴	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助		
	歩 行	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助		
	移動手段	☐ 自立 ☐ 杖 ☐ シルバーカー・歩行器 ☐ 車イス		
	衣服着脱	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助		
	視 力	☐ 普通 ☐ やや見えにくい ☐ かなり見えにくい ☐ 見えない		
	聴 力	☐ 普通 ☐ やや聞こえにくい ☐ かなり聞こえにくい ☐ 聞こえない		
	意思の伝達	☐ 普通 ☐ やや伝えにくい ☐ かなり伝えにくい ☐ 不可		
	その他特記事項		()	

介護者の状況

※該当するものにレ印を付し、その状況をご記入下さい。

ふりがな			性別	男 ・ 女	生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)	続柄	
氏 名								
居住関係	☐ 同居 ☐ 別居 住所 〒 - 入居希望者宅までの所要時間(分)							
就労状態	☐ 就労していない ☐ 就労している (週 日、週 時間程度)							
健康状態	☐ 健康 ☐ 病弱 ・ 定期的に通院中 病名() ・ 入院していないが継続的な治療が必要 病名() ・ 要入院加療 (ヶ月程度, 病名)							
障害の有無	☐ 無 ☐ 有 (級, 障害の種類:)							
要介護度	☐ 無 ☐ 有 (要支援 1・2, 要介護 1・2・3・4・5)							
他に対応を要する家族の有無	☐ 育児に必要な家族がいる (子どもの年齢 歳) ☐ 3ヶ月以上看護(付添)に必要な家族がいる (自宅療養・入院中) ☐ 入居希望者以外に介護に必要な家族がいる (要支援 1・2, 要介護 1・2・3・4・5) ☐ 介護に必要な障害を有する家族がいる (級, 種類:)							
介護協力者の有無	☐ 同居親族に協力者がいる ☐ 同居以外の親族に協力者がいる ☐ 親族以外の協力者(近隣者など)がいる ☐ 協力してくれる人はいない							
居宅介護支援事業所又は施設名	電話番号					担当者名		
入院・入居(老人保健施設・療養型病床群等)歴								
病院・施設名	疾病名		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					
介護をしていて困っていること、その他特記すべき事項をお書き下さい								

入居希望者の親族の状況

同居・別居の状況(※入居希望者本人については記入不要です。)						
氏名		生年 月日	明・大・昭・平 年 月 日	年齢	続柄	
				歳	電話・携帯	
氏名		生年 月日	明・大・昭・平 年 月 日	年齢	続柄	
				歳	電話・携帯	
氏名		生年 月日	明・大・昭・平 年 月 日	年齢	続柄	
				歳	電話・携帯	
氏名		生年 月日	明・大・昭・平 年 月 日	年齢	続柄	
				歳	電話・携帯	
氏名		生年 月日	明・大・昭・平 年 月 日	年齢	続柄	
				歳	電話・携帯	
氏名		生年 月日	明・大・昭・平 年 月 日	年齢	続柄	
				歳	電話・携帯	
氏名		生年 月日	明・大・昭・平 年 月 日	年齢	続柄	
				歳	電話・携帯	

近親者の状況									
配偶者(歳)		子 氏名		続柄		孫 氏名		続柄	
入居希望者本人									
兄弟姉妹 氏名		続柄		甥姪 氏名		続柄		その他 続柄	

申込書記入上の注意

本申込書に記載された個人情報 は 厳重に管理し、入居判定ならびに
名古屋市への情報提供以外の用途には使用しません

●1ページ

「申込状況」

他の施設へも申込みをされている場合、又は申し込む予定である場合は施設名を記入して下さい。
なお、これは特別養護老人ホームへの申込状況を確認するためのものであり、この記載が入居順位
に影響することはありません。

●2ページ

「医療に関する状況」

- (1) 経管栄養や胃ろうなど特別な医療的対応が必要な場合は、該当するものにレ印を付けて下さい。
特別な対応が必要でない場合は「なし」にレ印を付けて下さい。
- (2) 現在治療中の病気があれば記入して下さい。
- (3) その他、健康状態や心身の状況で特に配慮を要することがあれば記入して下さい。

「認知症による行動障害の内容・頻度」

日常生活において、以下のような行動が見られる場合は、該当するものすべてにレ印を付けて下さい。

項 目	該当する内容
徘徊	あてもなく家中や屋外を歩き回る。
不潔行為	ところ構わず放尿や排便をする。便や尿を弄んだりまき散らしたりする。
不穏行動	興奮して騒ぎ立てる。
自傷行為	自分の身体を傷つけたり、自殺を図ったりする。
暴力行為	乱暴なふるまいをする。他人に暴力をふるう。
昼夜逆転	昼間ほとんど寝ていて夜中に起きて活動する。
異食行動	食べられないものを口に入れる。
被害妄想	実際は盗られていない物を盗られた等という。
火の不始末	タバコやガスコンロなどあらゆる火の始末や管理ができない。

●3ページ

「介護者の状況」

直接介護をされている方、あるいはご自分で介護はなさなくても、ケアマネージャーとの連絡調整
調整やヘルパーの手配、施設への申し込みなどを実際に行っている方についてご記入下さい。
(施設に入居した場合に、施設との連絡調整にあたっていただく方をご記入下さい。)

現在、老人保健施設や病院、その他の施設に入所している場合は、退所後の在宅生活における介
護者の状況を想定してご記入下さい。

「介護協力者の有無」

「協力者」とは、介護者の方の助けとなる方です。介護者の方の手が空かない時などに、介護者の方
方に代わって日常の世話や連絡をしていただける方、あるいは面会に来たり、様子を見に来たりして
いただける方です。