

今後、郵送物などはこの連絡先にお送りさせていただきます。

(家族等代理の方の場合) 申込者連絡先	氏名:	続柄
	〒	-
	住所:	
	電話:	

申込日	平成	年	月	日
受付日	平成	年	月	日
受付番号		担当者名		
法人名				
施設名				
保険者への報告	不要	要		
	報告日	平成	年	月 日

指定介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)等に入所したいので、次のとおり申し込みます。

本人の状況	(フリガナ)		性別	保険者(番号)	
	氏名		男・女	被保険者番号	
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)	要介護認定期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 未申請の方は記入してください 平成 年 月 日	
	要介護度	1・2・3・4・5 要介護1又は2の方が入所するためには、下記のいずれかに該当することが必要です。 ご自身の判断で該当と思われる項目に印をつけてください。 認知症があり、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。 知的障がい・精神障がい等を併い、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。			
	障がいの程度	療育手帳あり (A1 A2 B1 B2) 精神障がい者保健福祉手帳あり (1級 2級 3級)			
	自宅住所	〒	-	電話番号	市外局番
	現況	自宅で一人暮らし 高齢者のみの世帯 自宅で家族と暮らしている 他の施設や病院に入っている 「特養などの施設や病院に入っている方」は記入してください。 施設名又は病院名: _____ 所在地(市区名のみ) _____ 入所又は入院期間: 平成 年 月から入所・入院している			
	入所を希望する理由(該当するものすべてを選んでください。)	介護する者がいないため。 介護する者が「高齢」、「障がい」、「疾病」等により十分な介護が困難なため。 介護する者が就労していることから、(昼間独居となり常時の)十分な介護が困難なため。 介護する者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護が困難なため。 介護する者が遠方で距離的に負担が大きく十分な介護が困難なため。 居住環境の事情により十分な介護が困難なため。 施設や病院等から退所を求められているが、自宅での介護が困難なため。 介護保険の居宅サービス給付の区分支給額を超えており、経済的負担が大きいため その他()			
	本人の入所意向	入所を希望している 迷っている 拒否してる 知らせていない 認知力低下により理解困難			
	在宅介護継続期間	年	か月	居宅サービスの利用の有無	有 (下記「申込日前月に利用中のサービス」についても記入してください) 無
	申込日前月に利用中のサービス(月分)	訪問介護	回/月	訪問入浴	回/月
		訪問リハ	回/月	居宅療養管理指導	回/月
		通所リハ	回/月	福祉用具貸与	品目
		短期入所療養介護	日/月		短期入所生活介護
入所希望時期	早期希望(1~3か月以内) 6か月以内 1年以内 1年以上()年以内				
利用している居宅介護支援事業者名	電話: ()	担当ケアマネジャー氏名			

大阪市指定介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム網島の郷)等入所選考調査票

入所申込者(本人)氏名		被保険者番号							
受付番号		保険者(番号)							

居宅介護支援事業者等名称		連絡先電話番号		()		
担当ケアマネジャー等氏名		職 種				
要介護度	世帯の状況		在宅サービスの利用率		地域性	
	1・2・3・4・5 単身世帯 高齢者のみで介護者が要支援以上の世帯 その他の世帯		% 未利用 入院・入所中		大阪市内 隣接市	
		点	点	点	合計 点	
ケ ア マ ネ ジ ャ ー 日 意 見 欄 記 入 日	本人の心身の状況	認知症の状況 無 有 常時の介護や見守りが必要である 認知症を原因とする昼夜逆転・徘徊等の問題行動があり、介護者の日常生活に支障がある 寝たきりにより食事・排せつ・入浴等日常生活全般を通じ介護が必要である 多少の一部介助や見守りを必要とする ほとんど自立による日常生活が可能である その他()				
	世帯の状況	介護者が全くない 介護者はいるが他に介護や育児が必要な者がいる 介護者はいるが十分な介護が困難(高齢・障がい・疾病・就労・その他: 介護者が遠隔地にいる 介護者が近隣にいる 同居の介護者がいる(人) その他()				
	在宅生活継続の可能性	極めて困難 在宅サービスを利用しても在宅生活に支障がある 検討の余地あり 在宅サービスの利用により在宅生活の継続が期待できる その他()				
	在宅生活に支障のある状況	近くに在宅サービス事業者がなくその利用が困難 十分なケア(ナイトケア等)が受けられない 病院等の入所者で帰る家がない 介護保険の利用限度額を超えて在宅サービスを自費負担しているなど経済的理由 その他()				
	住環境	居住環境の事情により十分な介護が困難(住居が狭いなど) 在宅サービスの利用に必要な住環境に支障がある 施設や病院から退所を求められている その他()				
	参考事項	家族の負担感 意思疎通 入所についての本 人の意思	介護疲れがひどい 在宅サービスの利用にて順調 慣れた人でも意思疎通は困 強く拒否している 希望はしていないが同意している			
		在宅サービスを利用しているが介護疲れがある 在宅サービスの利用はないが順調 殆ど関わっていない 家族など慣れた人なら問題ない 特に問題ない 拒否傾向 同意している 意思疎通が困難 強く望んでいる				
特事記項	要介護1・2は特例入所要件の情報も記載してください。					

施設名		入所申込書受付日	平成 年 月 日
施設受付番号		入所日	平成 年 月 日
保険者への報告 (特例入所)	平成 年 月 日	保険者への意見	平成 年 月 日
		特例要件 要介護度等	平成 年 月 日

施設記入欄	年 月 日 記入日	医療の必要性	
		同居以外の親族や援護者の有無	
		在宅介護の可能性・介護者の事情	
		家族の介護負担感	
		住環境の状況	
		その他	

施設記入欄	年 月 日 記入日	要介護度	介護者の有無	在宅サービスの利用率	地域性	合計	
		1・2・3・4・5	単身世帯 高齢者のみで介護者が要支援以上の世帯 その他の世帯	% 未利用 入院・入所中	大阪市内 隣接市		
			点	点	点	点	
		【評価すべき個別的事項等】					
	年 月 日 記入日	要介護度	介護者の有無	在宅サービスの利用率	地域性	合計	
		1・2・3・4・5	単身世帯 高齢者のみで介護者が要支援以上の世帯 その他の世帯	% 未利用 入院・入所中	大阪市内 隣接市		
			点	点	点	点	
		【評価すべき個別的事項等】					

入所申込みに係る同意書

特別養護老人ホーム 網島の郷 入所の申込みにあたり、その手続きについて説明を受け、下記の事項について同意します。

入所申込みを受けた施設が介護保険の保険者[市区村等]（以下「介護保険者」という）に対し、本申込書の内容及び、施設入所選考に必要な情報を提供すること

介護保険者が介護保険サービスの提供に際して、必要な情報を関係する機関又は介護サービス事業者に提供すること

【要介護1又は2で特例入所の要件に該当する人のみ】

介護保険者が施設入所選考に際して、保有する情報や、関係する機関又は介護サービス事業者から取得した情報を、施設に対し提供すること

平成 年 月 日

入所希望者（本人）住所： _____

氏名： _____ 印

家族等代理の方 住所： _____

氏名： _____ 印

続柄（ ）

主たる介護者の方 住所： _____

氏名： _____ 印

続柄（ ）

特別養護老人ホーム 網島の郷 個人情報同意書

個人情報の使用

1. 施設入所の選考にあたり入所申込書兼台帳、入所選考調査票、介護保険被保険者証、介護保険要介護認定基本調査票、サービス利用表等の情報を開示いたします。
2. ご利用者が必要最小限の個人情報をご利用各事業者に与えなかった場合、適切な選考が行えない可能性があります。
3. 入所後、入所前の情報、入所中の経過等を、医療、介護の必要に応じ情報を開示いたします。
4. 個人情報の開示拒否、個人情報の訂正・削除の場合は速やかに各契約事業者まで文書でお申し出ください。

個人情報使用同意書

私（利用者及びその家族）は上記内容を理解し、必要最小限の範囲で個人情報を使用することに同意します。尚、ご本人の意思表示が困難な場合、ご家族の代表者による同意を頂きます。

平成 年 月 日

（利用者）住所 _____

氏名 _____ 印 _____

（利用者の家族）住所 _____

氏名 _____ 印 _____

続柄（ ）