

(別紙様式1)

【特例(要介護1又は2) 要介護3~5】

受付日 令和 年 月 日

特別養護老人ホームベルツリー入所申込書

施設に入所したいので、次のとおり申し込みます。

同意欄	入所判定及び入所待機者の状況把握に必要な場合は、施設が市町村、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、他の介護保険施設・事業所等から、必要な情報を得ることに同意します。 また、施設が行政機関等からの求めに応じて情報提供することに同意します。
	令和 年 月 日 氏名 印

申請者 (連絡先)	〒 住所	氏名
		電話 ()
		携帯 ()

入所申込者	フリガナ		性別	保 険 者		
	氏名	印	男・女	被 保 険 者 番 号		
	生年月日	明・大・昭 年 月 日		要 介 護 状 態 区 分	要介護(1・2・3・4・5)	
	現住所	〒 住所		要 介 護 認 定 有 効 期 間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	
	経済状況	年金の種類 () 年金収入 (年収 円) その他収入 (年収 円)		世帯収入(年収 円) 生活保護受給 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
	居住状況	<input type="checkbox"/> 独居				
		<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 介護困難家族等と同居	<input type="checkbox"/> 高齢者(65歳以上)のみ世帯 <input type="checkbox"/> 家族が障害や疾病 <input type="checkbox"/> 家族が就労 <input type="checkbox"/> 他の家族等の世話(育児等) <input type="checkbox"/> その他()		
		<input type="checkbox"/> 介護可能家族等と同居				
		<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設以外の病院 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> ケアハウス(□特定) <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム(□特定) <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅(□特定) <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム(□特定) <input type="checkbox"/> その他(施設名等:) ※別居家族(<input type="checkbox"/> 介護困難 <input type="checkbox"/> 介護可能 <input type="checkbox"/> 別居家族なし)				
	住環境	<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、介護が困難 <input type="checkbox"/> その他()				
特例入所理由	【要介護1又は2の入所申込者のみ記入】 ※施設以外での生活が著しく困難な理由を記載(認知症・知的障害・精神障害等、家族等による深刻な虐待、単身世帯、同居家族が高齢等により、在宅生活が困難な状態であるかがわかるように)					

入所申込者	入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 6ヶ月以内に入所したい <input type="checkbox"/> 1年以内に入所したい <input type="checkbox"/> 令和 年 月頃(まで・以降)に入所したい <input type="checkbox"/> とりあえず申し込みたい			
	医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> じよく瘡(床ずれ) <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> パルーンカテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工膀胱 <input type="checkbox"/> その他()			
	特養申請状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申請 <input type="checkbox"/> 他の施設にも申請している(申込時期: 年 月 日) (申請している施設名:)			
主介護者	フリガナ		性別	本人との関係	
	氏名		男・女	生年月日	明・大・昭 年 月 日
	現住所	〒 -	同居有無	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している <input type="checkbox"/> その他()	
同居家族	氏名		年齢		本人との関係
	氏名		年齢		本人との関係
	氏名		年齢		本人との関係
	氏名		年齢		本人との関係
	氏名		年齢		本人との関係
	氏名		年齢		本人との関係
入所希望理由	(該当する項目全てにチェック) <input type="checkbox"/> 身寄りがなく、介護する者がいないため。 <input type="checkbox"/> 介護する者がいないため。(<input type="checkbox"/> 介護者が長期入院・入所 <input type="checkbox"/> 介護者が遠方に在住) <input type="checkbox"/> 介護する者はいるが、十分な介護力がないため。 (介護者が <input type="checkbox"/> 高齢 <input type="checkbox"/> 要介護・要支援状態 <input type="checkbox"/> 病気療養中 <input type="checkbox"/> 障害がある) <input type="checkbox"/> 介護する者はいるが、介護にあたる時間を十分に確保できないため。 (介護者が <input type="checkbox"/> 就労している <input type="checkbox"/> 他にも介護している <input type="checkbox"/> 育児している) <input type="checkbox"/> 介護する者はいるが、上記以外の理由で介護を行うことが困難であるため。 (理由:)				
備考	担当ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> いる ※事業所名() 名前() 電話番号() FAX番号() <input type="checkbox"/> いない			

【施設記入欄】

※調査票(別紙様式2)及び被保険者証・直近3ヶ月分のサービス利用票(別表を含む)を併せて提出願います。
 ※要介護1又は2の方は特例入所の要件に該当することを判定したうえで正式な受付をします。
 ※別途資料の提供を求める場合があります。
 ※同法人ケアハウス・ショートステイ・デイサービスよりサービスのご案内をさせて頂く場合もございます。

(別紙様式2)

【要介護1～5共通】

記入日 平成 年 月 日

※原則、居宅介護支援事業所の介護支援専門員が記載願います。

特別養護老人ホームベルツリー調査票

記載者	事業所名												
	所在地	〒											
	担当者名												
	電話	()			携帯	()							
入所申込者の状況	フリガナ					生年月日	明・大・昭	年	月	日	(満)	歳	施設記入欄
	氏名					印	性別	男・女					
	住所					電話	() -						
	保険者					要介護状態区分	要介護(1・2・3・4・5)						
	保険者番号					被保険者番号							
	要介護認定有効期間	平成 年 月 日				～	平成 年 月 日						
	居宅介護支援事業所(ケアマネジャー)	<input type="checkbox"/> いる		事業所名									
		<input type="checkbox"/> いない		担当者氏名				電話					
	医療状況	現在治療中の病名	(<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 入院・所)										
		医療機関名					担当医師名						
		入院・所の場合	ヶ月間				電話						
		医療機関住所											
	利用中の居宅サービス	<input type="checkbox"/> 訪問介護(ホームヘルプ)		週	回	程度	利用	在宅サービス利用率 (直近3ヶ月間の平均) %					
		<input type="checkbox"/> 訪問看護		週	回	程度	利用						
		<input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション		週	回	程度	利用						
<input type="checkbox"/> 通所介護(デイサービス)		週	回	程度	利用								
<input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション		週	回	程度	利用								
<input type="checkbox"/> 短期入所生活介護(ショートステイ)		週	回	程度	利用								
<input type="checkbox"/> その他(種類:)		週	回	程度	利用								
<input type="checkbox"/> 介護サービスは利用していない													
居住状況	<input type="checkbox"/> 独居												
	<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 介護困難家族等と同居		<input type="checkbox"/> 高齢者(65歳以上)のみ世帯 <input type="checkbox"/> 家族が障害や疾病 <input type="checkbox"/> 家族が就労 <input type="checkbox"/> 他の家族等の世話(育児等) <input type="checkbox"/> その他()									
		<input type="checkbox"/> 介護可能家族等と同居											
<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設以外の病院 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> ケアハウス(□特定) <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム(□特定) <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅(□特定) <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム(□特定) <input type="checkbox"/> その他(施設名等:) ※別居家族(<input type="checkbox"/> 介護困難 <input type="checkbox"/> 介護可能 <input type="checkbox"/> 別居家族なし)													

入所申込者の 身体状況等	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 全盲 メガネ等使用: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	麻痺	<input type="checkbox"/> 有(左・右・両 上肢/左・右・両 下肢) <input type="checkbox"/> 無
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや難聴 <input type="checkbox"/> 難聴 補聴器使用: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	拘縮	<input type="checkbox"/> 有(肩・肘・指・股・膝・足) <input type="checkbox"/> 無
	意思疎通	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 一部可 <input type="checkbox"/> 不可	移動	<input type="checkbox"/> 歩行(自力・杖・歩行器) <input type="checkbox"/> 車椅子(自力・介助)
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 食事形態 :主食()副食() とろみ剤使用 <input type="checkbox"/> あり(硬さ:) <input type="checkbox"/> なし 制限 <input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし その他()	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 入浴方法 <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 機会浴 入浴頻度() その他()
入所申込者の 身体状況等	着脱衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 衣服の準備、選択	整容	洗面: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 歯磨き: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 入れ歯: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	排泄	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> PTイレ <input type="checkbox"/> オムツ (自立、声がけ誘導、一部介助、全介助)	対人関係	<input type="checkbox"/> 協調的 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 拒否的
	既往歴			
	性格	<input type="checkbox"/> おとなしい <input type="checkbox"/> 好き嫌いが多い <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 朗らか <input type="checkbox"/> わがまま <input type="checkbox"/> 親しみやすい <input type="checkbox"/> 頑固 <input type="checkbox"/> 几帳面 <input type="checkbox"/> 短気 <input type="checkbox"/> 人に溶け込めない <input type="checkbox"/> 無口 <input type="checkbox"/> 凝り性 <input type="checkbox"/> 融通がきかない		
入所申込者の 身体状況等	認知症・精神状態	<input type="checkbox"/> 認知症有〔認知症高齢者の日常生活自立度〕 <input type="checkbox"/> Ⅱa <input type="checkbox"/> Ⅱb <input type="checkbox"/> Ⅲa <input type="checkbox"/> Ⅲb <input type="checkbox"/> Ⅳ <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> 程度不明 <input type="checkbox"/> 行動障害少ない又はない <input type="checkbox"/> 行動障害有無不明 <input type="checkbox"/> 精神的障害有〔特筆すべき症状〕 内容 <input type="checkbox"/> 特になし		
		身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(種 級/障害名:)		
特列入所該当事項(認知症、知的障害・精神障害等、深刻な虐待、単身世帯・同居家族が高齢又は病弱 等)				
入所申請に至る生活歴(在宅生活が困難な理由を含む)				
特記事項				