

親族の状況

同居の家族(※入所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	続柄	
				就労状況	
氏名		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	続柄	
				就労状況	
氏名		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	続柄	
				就労状況	
氏名		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	続柄	
				就労状況	
氏名		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	続柄	
				就労状況	

近親者の状況

<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="width: 150px; height: 40px; text-align: center;">本人</td> <td style="width: 100px; height: 40px; text-align: center;">配偶者</td> </tr> </table>						本人	配偶者										
本人	配偶者																
<table border="1" style="width: 100%; height: 150px;"> <tr> <td style="width: 100px; height: 100px; text-align: center;">( ) 在住</td> <td style="width: 100px; height: 100px; text-align: center;">( ) 在住</td> <td style="width: 100px; height: 100px; text-align: center;">( ) 在住</td> <td style="width: 100px; height: 100px; text-align: center;">( ) 在住</td> <td style="width: 100px; height: 100px; text-align: center;">( ) 在住</td> <td style="width: 100px; height: 100px; text-align: center;">兄弟姉妹</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">続柄</td> <td style="text-align: center;">続柄</td> <td style="text-align: center;">続柄</td> <td style="text-align: center;">続柄</td> <td style="text-align: center;">続柄</td> <td></td> </tr> </table>						( ) 在住	( ) 在住	( ) 在住	( ) 在住	( ) 在住	兄弟姉妹	続柄	続柄	続柄	続柄	続柄	
( ) 在住	( ) 在住	( ) 在住	( ) 在住	( ) 在住	兄弟姉妹												
続柄	続柄	続柄	続柄	続柄													
<table border="1" style="width: 100%; height: 150px;"> <tr> <td style="width: 100px; height: 100px; text-align: center;">( ) 在住</td> <td style="width: 100px; height: 100px; text-align: center;">( ) 在住</td> <td style="width: 100px; height: 100px; text-align: center;">( ) 在住</td> <td style="width: 100px; height: 100px; text-align: center;">( ) 在住</td> <td style="width: 100px; height: 100px; text-align: center;">( ) 在住</td> <td style="width: 100px; height: 100px; text-align: center;">子</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">続柄</td> <td style="text-align: center;">続柄</td> <td style="text-align: center;">続柄</td> <td style="text-align: center;">続柄</td> <td style="text-align: center;">続柄</td> <td></td> </tr> </table>						( ) 在住	( ) 在住	( ) 在住	( ) 在住	( ) 在住	子	続柄	続柄	続柄	続柄	続柄	
( ) 在住	( ) 在住	( ) 在住	( ) 在住	( ) 在住	子												
続柄	続柄	続柄	続柄	続柄													
<table border="1" style="width: 100%; height: 100px;"> <tr> <td style="width: 100px; height: 100px;"></td> <td style="width: 100px; height: 100px;"></td> <td style="width: 100px; height: 100px;"></td> <td style="width: 100px; height: 100px;"></td> <td style="width: 100px; height: 100px;"></td> <td style="width: 100px; height: 100px; text-align: center;">甥姪</td> </tr> </table>											甥姪						
					甥姪												
<table border="1" style="width: 100%; height: 100px;"> <tr> <td style="width: 100px; height: 100px;"></td> <td style="width: 100px; height: 100px;"></td> <td style="width: 100px; height: 100px;"></td> <td style="width: 100px; height: 100px;"></td> <td style="width: 100px; height: 100px;"></td> <td style="width: 100px; height: 100px; text-align: center;">孫</td> </tr> </table>											孫						
					孫												

( )

施設名

施設長様

入所を希望しますので、下記のとおり申し込みます。

申込日	平成 年 月 日
受付日	平成 年 月 日
受付者	No.

入所希望者	フリガナ		性別	男・女	生年月日	明・大・昭 年 月 日	( 歳)	
	氏名				住所	〒 - (TEL ) (FAX )		
被保険者番号					要介護度			
保険者番号					保険者名			
要介護認定年月日					平成 年 月 日		認定の有効期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
初回要介護認定年月日					平成 年 月 日			
認定審査会の意見等								

※上記(初回要介護認定年月日以外)は、入所希望者の介護保険被保険者証から転記願います。

申込者	住所	〒 -	(電話番号 )	(携帯番号 )
	フリガナ		入所申込者との続柄	
氏名				
連絡先	住所	〒 -	(電話番号 )	(携帯番号 )
	フリガナ		入所申込者との続柄	
氏名				

※申込者以外の方へ連絡を希望される場合は、連絡先欄もご記入ください。

申込状況	<input type="checkbox"/> 当施設のみ申し込む <input type="checkbox"/> 他の施設も申し込んでいる。または申し込む予定。 施設名 ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
------	--

説明確認欄	私は、申し込みの際し、入所順位の決定方法および状況の変化に伴う届け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、この申込書の内容を名古屋市に報告することに同意いたします。 平成 年 月 日 氏名： _____ (続柄： _____)
-------	--

## 入所希望者の状況

※該当するものにレ印をご記入の上、その状況等をご記入ください。

現在の居所	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らしをしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 特養・老健などの施設や病院に入所(入院)している 施設または病院名( _____ ) 施設等へ入所(入院)した時期(昭和・平成 _____ 年 _____ 月)				
	入所希望時期 <input type="checkbox"/> 今すぐ <input type="checkbox"/> 半年以内 <input type="checkbox"/> 1年以内 <input type="checkbox"/> その他( _____ )				
入所を希望する理由 (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 介護するものがないため <input type="checkbox"/> 介護するものが遠く離れたところに住んでいるため <input type="checkbox"/> 介護するものが「高齢」「障害」「病気」等により介護することが困難なため <input type="checkbox"/> 介護するものが就労していて介護することが困難なため <input type="checkbox"/> 介護するものの身体的・精神的な負担が大きいため <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により、十分な介護をすることが困難であるため <input type="checkbox"/> 施設や病院から退所(退院)を求められているため <input type="checkbox"/> その他( _____ )				
	(特別な医療行為) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素治療法 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> パルンカテテル <input type="checkbox"/> 人工呼吸 <input type="checkbox"/> 持続点滴 <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> 吸引( _____ 回/日) <input type="checkbox"/> その他( _____ )				
医療に関する状況	(現在治療中の病気) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 精神疾患(種類: _____ ) <input type="checkbox"/> がん(部位: _____ ) <input type="checkbox"/> リウマチ(部位: _____ ) <input type="checkbox"/> 心臓病(部位: _____ ) <input type="checkbox"/> その他( _____ )				
	(その他の健康状態に関する特記事項)				
認知症等による問題行動	<input type="checkbox"/> 問題行動なし(※問題行動なしの場合は頻度欄への記入の必要はありません) <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 不穏行動 <input type="checkbox"/> 自傷行為 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> その他( _____ )				
	※最も多い行動の頻度をチェックしてください。 <input type="checkbox"/> ほとんど毎日 <input type="checkbox"/> 週3~4回程度 <input type="checkbox"/> 週1~2回程度 <input type="checkbox"/> 月数回程度				
介護に関する状況	飲水食事摂取	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	排 尿	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	排 便	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	入 浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	歩 行	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	衣類着脱	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	視 力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やや見えにくい	<input type="checkbox"/> かなり見えにくい	<input type="checkbox"/> 全く見えない
	聴 力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やや聞えにくい	<input type="checkbox"/> かなり聞えにくい	<input type="checkbox"/> 全く聞えない
意思の伝達	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やや伝えにくい	<input type="checkbox"/> かなり伝えにくい	<input type="checkbox"/> 全く伝えられない	

## 介護者の状況

※特養・老健などの施設や病院に入っている方に関しては、在宅時を想定してご記入ください。

介護者の有無(※介護されていない方も、親族で申請等の手続きをする方がいる場合は「有」となります)							<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
主たる介護者の状況	フリガナ	_____	性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日 ( _____ 歳)	続 柄	_____
	氏 名	_____						
	本人との居住関係	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(住所: _____ ) 入所希望者宅までの所要時間( _____ 分)						
	就労状況	<input type="checkbox"/> 就労していない <input type="checkbox"/> 就労している(週 _____ 日勤務、週 _____ 時間労働)						
	健康状態	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病弱    ・慢性疾患等で定期的に通院中: 病名 _____ ) ・入院していないが継続的な治療を要する: 病名 _____ ) ・要入院加療( _____ ヶ月程度: 病名 _____ )						
	身体状況	<input type="checkbox"/> 障害なし <input type="checkbox"/> 障害あり( _____ 級、障害の種類: _____ )						
要介護度	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(要支援 1・2、要介護 1・2・3・4・5)							
他に対応を要す家族の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 育児に必要な家族がいる(子供の年齢 _____ 歳) <input type="checkbox"/> 3ヶ月以上看病(付添)に必要な家族がいる( <input type="checkbox"/> 自宅療養 <input type="checkbox"/> 入院中 ) <input type="checkbox"/> 入所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 ) <input type="checkbox"/> 介護に必要な障害を有する家族がいる( _____ 級、障害の種類: _____ )							
介護協力者の有無	<input type="checkbox"/> 協力してくれる人はいない <input type="checkbox"/> 同居親族に協力者がいる <input type="checkbox"/> 同居以外の親族に協力者がいる <input type="checkbox"/> 親族以外の協力者(近隣者など)がいる							
【介護をされていて困っていること、その他の特記すべき事項等をお書きください】								

※申込書に添えて提出する書類

1. 入所希望者の「介護保険被保険者証(写)」
2. 直近の「サービス利用表及び別表(写)」…現在、在宅で生活されている方のみご提出ください。

施設使用欄

特別養護老人ホームサービスネットワーク南陽	申込	有・無 ( _____ )
地域密着型特別養護老人ホーム 華の郷 南陽	申込	有・無 ( _____ )
地域密着型介護付有料老人ホーム 華の郷 南陽	申込	有・無 ( _____ )