

# ルビーホーム入所申込書

記入日 令和 年 月 日

記入者 (続柄 )

## 【入所希望者ご本人】

ふりがな <b>氏名</b>		<b>性別</b>	男・女
<b>生年月日</b>	明治・大正・昭和	年 月 日	( 歳)
<b>現住所</b>	〒 -		
<b>電話番号</b>	( )		

## 【ご利用者介護保険情報】 ※「介護保険被保険者証」をご確認の上ご記入ください

<b>被保険者番号</b>	
<b>保険者(市町村名)</b>	
<b>要介護度</b>	要介護 1・2・3・4・5・申請中 【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認知症がある者であって、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・精神障害を伴い、日常生活に支障が来すような症状・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、などの事情がある場合には、そうした事情がわかるように、4ページの【その他の理由】欄に具体的な状況を記載してください。
<b>認定の有効期間</b>	年 月 日 ~ 年 月 日

## 【連絡先】

ふりがな <b>氏名</b>		<b>ご利用者との続柄</b>	
<b>現住所</b>	〒 -		
<b>電話番号</b>	( )	<b>FAX</b>	( )
<b>その他の連絡先</b>			

## 【他施設入所申し込みの有無】

なし・あり	<u>申し込み施設名</u>
-------	----------------

## 【現在利用しているサービス】

<b>現在の生活場所</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、グループホームに入居している。</li> <li>自宅で暮らしている。</li> </ol>
----------------	---

**入所、入院中の方**

施設又は病院名	
所在地	市・区・町・村
入所又は入院期間	年 月 日～

**自宅で暮らしている方**

居宅介護支援事業所名			
ケアマネージャー名		連絡先	( )
現在利用中のサービス	※当てはまるもの全て○を付けてください		
サービス種別	1ヶ月あたりの回数	事業所名	
1. 訪問介護			
2. 訪問入浴介護			
3. 訪問看護			
4. 訪問リハビリテーション			
5. 居宅療養管理指導			
6. 通所介護(デイサービス)			
7. 通所リハビリテーション(デイケア)			
8. 短期入所生活介護	日間		
9. 短期入所療養介護	日間		
12. その他( )			

**【各種手帳等】**

身体障害者手帳	種 級 (障害名 )
健康保険	種別( )
年金等	種別( )
生活保護	なし・受給中

**【家族状況】**

介護をしている、していないに関わらず、ご家族を記入してください

氏名	本人との続柄	年齢	同居の有無	住所地(別居の場合、記入)
主な介護者				

ご入所希望のご本人様についてご記入願います。

【医療的なことについて】 年 月 日現在

主治医	なし ・ あり		
医療機関名	診療科	医師名	連絡先
	科	先生	
医療的処置	なし ・ あり		
・膀胱留置カテーテル等	・ストマ(人工肛門)	・胃ろう	
・褥瘡の処置	なし ・ あり (部位	)	
・その他(	)		
現病歴	なし ・ あり	既往歴	なし ・ あり
病名	期間	病名	期間
	年 月 日～		年 月～ 年 月
	年 月 日～		年 月～ 年 月
	年 月 日～		年 月～ 年 月
	年 月 日～		年 月～ 年 月
	年 月 日～		年 月～ 年 月
	年 月 日～		年 月～ 年 月
	年 月 日～		年 月～ 年 月
健康管理上の特記事項			
認知症の状態	認知症状	なし ・ あり	意思疎通 できる ・ ときどきできる ・ 全くできない
	認知症の程度 (認知症状「あり」の方)	1. 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。 2. 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。 3. 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。 4. 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。 5. 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。	
	下記の症状がある場合は○を付けてください		
	・徘徊 ・暴言暴行 ・不潔行為	・帰宅願望 ・被害妄想 ・その他(	・収集癖 ・幻覚幻聴
※症状や頻度等を具体的にご記入下さい。			

## 【入所希望事由等】

### 介護者の状況に関する理由

1. 身寄りがいないなど介護する者がいない
2. 介護者が、遠方にいる・長期入院中などの理由にて介護ができない
3. 介護者が、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
4. 介護者が、要支援状態・高齢等の状況にあり、十分な介護が困難
5. 介護者が、就労しているため、十分な介護が困難
6. 介護者が、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
7. 介護者が、上記以外の理由にて、十分な介護が困難  
(具体的内容)

### その他の理由

特に困っている事や主介護者に協力している方の状況など、ご自由にご記入ください。  
また、要介護1、要介護2の方はこちらに日常生活を営むことが困難な事由を記入して下さい。

### 入所を希望する時期

1. 今すぐに入所したい
2. 将来的に必要なになったときに入所したい

### 入所希望者の意向

1. 本人が希望している
2. 本人は希望していない
3. 本人には説明していない
4. 本人の意思確認が不可能
5. その他( )

### 同意確認欄

1. 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。
2. 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。
3. 入所申込みから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

私は、入所申し込みに際し、入所申し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。

令和 年 月 日 氏名

(本人との続柄 )

### ※記入にあたっての注意事項

1. 記入にあたっては分かる範囲で正確にお書きください。本書を含め手続きにおいて、故意に虚偽の情報を提供した場合、申込み受領を取り消す場合がございますので、ご注意ください。
2. 入所希望者の要介護度や状態、家族等の介護の状況など、本入所申込書に記載した事項が変わった場合、あるいは他の施設等に入所した場合には必ず当ホームへご連絡ください。