

優先入所申込書（その1）

社会福祉法人 青い森
介護老人福祉施設 はすだの森 施設長 様

申込日	令和 年 月 日
受付日	令和 年 月 日

申出者	住 所	〒			
	(フリガナ) 氏 名				本人との関係
	電話番号	()			

介護老人福祉施設 はすだの森へ優先入所したいので、
次の通り申し込みます。

本人の状況	(フリガナ) 氏 名	(男・女)		介護保険	保険者						
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)		被保険者証	被保険者番号						
	住 所	〒		入院	令和 年 月 日	要介護度	1	2	3	4	5
	電話番号	()		入 所	令和 年 月 日						
	居宅介護サービスの利用状況 (※2)	1. 訪問介護 ()		退 院	令和 年 月 日						
		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. 通所介護 ()									
		6. 通所リハビリテーション ()									
7. 短期入所生活介護 ()											
8. 短期入所療養介護 ()											
9. 福祉用具の貸与・購入費の支給 ()											
10. その他 病院など											
認知症等による症状		1. 非常に多い 2. やや多い 3. 少しあり 4. なし									
医療的処置の状況 (現在、治療中の病気等)											
優先入所を希望する理由 (※3)	① 主たる介護者の年齢 ・ 70 歳以上 ・ 60 歳代 ・ 60 歳未満										
	② 主たる介護者が障害や病気の状態にある ・ 介護困難 ・ 多少介護可能 ・ 介護可能 ・ なし										
	③ 主たる介護者が育児又は家族が病気の状況にある ・ 常時の育児・看病が必要 ・ 半日育児・看病が必要 ・ 時々育児・看病が必要 ・ なし										
	④ 主たる介護者が複数の介護をしている ・ 介護困難 ・ 多少介護困難 ・ 介護可能 ・ なし										
	⑤ 主たる介護者の就労状況 ・ 8 時間以上、高齢で就労不可 ・ 4 時間以上 8 時間未満 ・ 4 時間未満 ・ なし										
	⑥ 従たる同居介護者の状況 ・ 従たる同居介護者がいない ・ 介護困難 ・ 多少介護困難 ・ 介護可能										
	⑦ 別居している血縁者による介護の可能性 ・ 別居している血縁者がいない ・ 介護困難 ・ 多少介護困難 ・ 介護可能										
	※その他【 】										

優先入所申込書（その2）

介護者の状況	主たる介護者	(フリガナ)		性 別	本人との関係
		氏 名		男 女	
		生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)		
		同居の区分	1. 同 居 2. 別 居 (住所:) (電話番号: 自宅 : 携帯 :) 3. 健康状態 良好・不良 () 4. 就労状況(勤務時間)		
	従たる介護者	(フリガナ)		性 別	本人との関係
		氏 名		男 女	
		生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)		
		同居の区分	1. 同 居 2. 別 居 (住所:) (電話番号: 自宅 : 携帯 :) 3. 健康状態 良好・不良 () 4. 就労状況(勤務時間)		
	介護期間				
	日常生活において介護困難となる理由				
その他	優先入所を希望する時期	1. 今すぐ入所したい 2. 年 月頃までには入所したい			
	申込の状況	1. はすだの森のみ申し込む 2. 他の施設にも申し込んでいる(施設名:) 所在地:			
	待機期間				
説明確認	私は優先入所申込の際、入所決定の手続き、及び入所の必要性を評価する基準について施設側より説明を受けました。 令和 年 月 日 氏 名				

- ※ 1 居宅介護サービスの利用状況欄 () 内には、その具体的内容を記入して下さい。
- ※ 2 優先入所を希望する理由欄 () 内には、その具体的理由を記入して下さい。
- ※ 認定調査票(写)、主治医意見書(写)、介護保険被保険者証(写)など添付して下さい。
- ※ 個人情報については「個人情報保護に関する法律」などを遵守し、守秘義務の徹底を行います。
- ※ 申込内容に変更が生じた場合、はすだの森(Tel048-764-1151)にご連絡下さい。

介護保険サービス利用診療情報提供書（入所サービス用）

フリガナ 氏 名		男 女	M・T・S 年 月 日生(歳)
住 所	TEL		
【現在治療中の疾患名】		(発 病 年 月 日)	
1.		(S ・ H 年 月 日)	
2.		(S ・ H 年 月 日)	
3.		(S ・ H 年 月 日)	
【既往歴】		【現病歴の経過】	
【現在の処方・処置】		【その他現病に係る画像・検査所見 注意すべき事項など】	
【胸部X線所見】 撮影日 年 月 日 異 常 無 有 特記事項		*血液検査データの添付をお願い致します。 【食 事】 療養食に関する食事箋指示(無 ・ 有) 糖尿病食 (cal)、腎臓病食、肝臓病食、 胃潰瘍食、貧血食、脾臓病食、高脂血症食、痛風、 特別な場合の検査食 ■所 見	
【心電図所見】		【心身の状態】 認知症 (無 ・ 有 脳血管性 ・ アルツハイマー型) 精神状態 (無 ・ 有 妄想・幻覚・攻撃的・その他) 意思の疎通 (可 ・ 不可) 麻痺 (無 ・ 有 部位；) 拘縮 (無 ・ 有 部位；) 歩行 (独歩・有杖・車椅子・寝たきり・その他) 嚥下障害 (無 ・ 有) 褥瘡 (無 ・ 有) その他の皮膚疾患 (無 ・ 有) カテーテル (無 ・ 有 部位；)	
【感染症】 HBs 抗原 (－ ・ ＋) HCV 抗体 (－ ・ ＋) MRSA(鼻腔) (－ ・ ＋) 梅毒検査 (－ ・ ＋) 疥癬 (－ ・ ＋) インフルエンザ (未接種・接種) コロナワクチン (未接種・接種 回) ■血圧； ～ ■入浴の可否； 可 ・ 否 ■身長 cm 体重 kg			
上記のとおり診断いたします。 令和 年 月 日 医療機関所在地 名 称 医 師 氏 名			

㊞

添付書類につきまして

血液検査データ添付をお願い致します。

TP	血清総蛋白
ALB	血清アルブミン
WBC	白血球数
RBC	赤血球数
Hb	ヘモグロビン
Hb-A1c	血糖値（糖尿病の方）
T-cho	総コレステロール
LDL-Cho	低体重コレステロール
↑ 通常の検査項目に含まない場合は追加検査不要	
CREA	クレアチニン
BUN	尿素、窒素
AST	肝機能
ALT	肝機能
γ-GT	γ-グルタミルトランス

介護老人福祉施設 はすだの森

＜入所申し込み 必要書類について＞

- 優先入所申込書
- 認定調査票、主治医意見書→各市町村の介護保険課へ
健康診断書(採血)は入所確定した際にこちらから
お知らせいたしますので保管お願いします。

各書類が準備でき次第、お手数ですが、はすだの森へお持ち頂くか
郵送をお願いいたします。

(介護認定について)

入所申し込みの際に、新規申請、区分変更中、更新中にて
介護度が決定していない場合は、結果が分かり次第、
生活相談員 森田までご連絡頂きますようご協力お願い
致します。

TEL 048-764-1151