

(様式1)

特別養護老人ホーム 入所申込書

特別養護老人ホームおおやの郷 施設長 様

申込日 : 令和 年 月 日

入所申込者

フリガナ		性別	保険者	[] 市・町
氏名		男・女	介護保険者番号	
生年月日	明・大・昭 年 月 日		要介護度	1・2・3・4・5
認定有効期間	令和 年 月 日 ~ 年 月 日		電話番号	()
現住所	〒 -			

[必要添付書類]

介護支援専門員等意見書(様式2) ※担当のケアマネジャーにご相談ください。

申込代理者

フリガナ		入所申込者との続柄	
氏名		電話番号	()
		携帯電話	()
住所	〒 - (※上記住所と同じであれば「同上」でも構いません)		

上記入所申込者について、この入所申込書により入所を希望いたします。

なお、入所のための待機中に、貴施設以外の施設に入所が決定した場合、また要介護度や連絡先、介護の状況等について変更がありました場合は、速やかに貴施設に連絡いたします。

現況	入居希望状況	<input type="checkbox"/> 早急希望 <input type="checkbox"/> 緊急性はないが出来れば早期に希望したい <input type="checkbox"/> 将来的 <input type="checkbox"/> 申込予定 <input type="checkbox"/> 貴施設のみ <input type="checkbox"/> 他にも申込む ケ所(予定)				
		<input type="checkbox"/> 自宅で一人で暮らしている。 <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている。 <input type="checkbox"/> 老健等施設や病院に入っている。 ※「 <input type="checkbox"/> 老健等施設や病院に入っている。」に「 <input checked="" type="checkbox"/> 」を入れた場合は下記の項目に記入してください。				
		◇ 施設名又は病院名 : _____				
		◇ 入所又は入院時期 : _____ 年 月 日から入所又は入院している。				
入所希望理由 (要介護3~5の方は、右記の該当項目を全て選んでください)	<input type="checkbox"/> 1 身寄りや介護者が誰もいない <input type="checkbox"/> 2 主たる介護者が病気等で長期入院している <input type="checkbox"/> 3 主たる介護者が高齢又は障害者等で介護が困難 <input type="checkbox"/> 4 複数の要介護者がいるため介護負担が大きい <input type="checkbox"/> 5 主たる介護者が就業・育児により介護が困難 <input type="checkbox"/> 6 住宅環境の問題等により介護が困難(狭い・段差・改修不可など) <input type="checkbox"/> 7 認知症や寝たきりなどにより、食事、排泄、入浴等の日常生活全般に介助が必要 <input type="checkbox"/> 8 福祉施設や病院等から退所を求められているが、自宅での生活が困難 <input type="checkbox"/> 9 施設入所により安心した生活を送りたい <input type="checkbox"/> 10 その他の理由(裏面「特記事項」欄に具体的にお書き下さい)					
	特例入所該当理由 (要介護1又は要介護2の方は、右記の該当項目を全て選んでください) <input type="checkbox"/> 1 認知症・知的障害・精神障害等により常時の見守り・介護が必要 <input type="checkbox"/> 2 介護者がなく、かつ、地域での介護サービスや生活支援が十分でない <input type="checkbox"/> 3 介護者が、高齢、疾病、育児、就労、別居等のため介護が困難であり、かつ、地域での介護サービスや生活支援が十分でない					
主たる介護者	フリガナ		性別	本人との関係	生年月日	大・昭 年 月 日
	氏名		男・女		電話番号	()
	同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している (住所: _____)				
	就労状況等	<input type="checkbox"/> 就労中 <input type="checkbox"/> 育児 <input type="checkbox"/> 高齢 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> その他(_____)				
意見	【介護をしている上で困っている事等】					
同意書	・申込施設が担当の介護支援専門員や入所申込者の介護保険の保険者である市町(以下、保険者市町という。)から入所判定に必要な入所申込者等の情報を受けることに同意します。 ・入所申込者の入所判定や年1回県と保険者市町が合同で実施する特別養護老人ホーム入所申込状況調査や今後の保険者市町の施策の参考とするため、この申込書及び介護支援専門員等意見書の内容を保険者市町に報告することに同意します。					
	令和 年 月 日	氏名			印	

【状況票】 ※該当する箇所に記入や○で囲み、□にはチェックを付けて下さい。

身体状況	移動	歩行・杖・歩行器・車椅子・ストレッチャー 転倒したことがある・ない ()		介助	自立・一部介助・全介助	
	食事	(主食) 普通・粥・ゼリー粥・ミキサー		介助	箸・スプーン・補助具	
		(副食) 普通・一口大・極刻み・ミキサー			自立・一部介助・全介助	
		経管栄養食： 鼻腔栄養・胃瘻・腸瘻 注入内容： []				
	□ 糖尿病食(kcal) □ 肝臓病食 □ 腎臓病食 □ 胃潰瘍食 □ 制限・アレルギー					
	えん下	□ 普通 □ 咽せ込む □ 詰める □ 水分のみ咽せ込む □ トロミを付けている				
排泄	トイレ・ポータブル・尿器(便器)・おむつ・紙パンツ		介助	自立・一部介助・全介助		
入浴	普通浴・特殊浴・シャワー浴・清拭		介助	自立・一部介助・全介助		
精神状況	理解力	□ 普通 □ 少し理解しにくい □ 殆ど理解しにくい □ 全く理解できない				
	認知症	□ 正常 □ 軽度(物忘れ等) □ 中度(寸前の事も忘れる等) □ 重度(意思疎通が困難)				
	精神状態	□ 興奮 □ 幻覚 □ 感情不安定 □ 攻撃的行動 □ 睡眠障害 □ 意欲がない				
	問題行動	□ 徘徊 □ 異食 □ 暴言 □ 介護拒否 □ 同じ事を何度も話す □ 収集癖				
		□ 大声(奇声) □ 不潔行為 □ 昼夜逆転 □ 食事したのを忘れる □ 自傷行為				
その他：						
健康状態	医療状況	医療機関名：				
	現疾患	□ 高血圧 □ 在宅酸素 □ 人工肛門 □ 人工透析 □ バルンカテーテル				
		□ インシュリン(単位) □ 誤嚥性肺炎 □ 脳梗塞 □ 白内障				
		□ 骨折〔部位： 〕 □ パーキンソン病				
		その他の病気(全て)：				
	身体機能	□ 拘縮 □ 麻痺〔部位 〕				
	視力	□ 普通 □ 弱視 □ 全盲	聴力	□ 普通 □ 難聴 □ 全聾		
	義歯	□ なし □ 上歯 □ 下歯	発語	□ 普通 □ 少し不自由 □ 不自由		
	便秘	無・有〔服薬： 無・有 〕		睡眠	良・不良〔服薬： 無・有 〕	
	感染症	無・有〔種類 〕		アレルギー	無・有〔種類 〕	
身体機能	支えがあれば立位 □ 可能 □ 不可能		じょくそう 褥瘡	無・有〔部位 〕		

【特記事項】 ※その他の理由や特別なこと等あれば、お書き下さい。(別の用紙にお書きいただいても結構です)