

特別養護老人ホーム 入所申込書

申込日: 年 月 日

社会福祉法人あそ
特別養護老人ホーム施設長 様

入所申込者

ふりがな		性別	保険者	市・町				
氏名		男・女	被保険者番号					
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】

- ①介護支援専門員等意見書(様式2) ②認定調査票(基本調査)(写) ③直近3ヵ月分のサービス利用票(写)及び別表(写)
 ※緑風の郷・おおやの郷は①の書類を準備 ※はまなす苑・ここのかは①②③の書類を準備 (担当のケアマネージャーにご相談ください)

申込代理者(申込者が本人でない場合は、下の欄も記入してください。)

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。

時 期	入居希望: <input type="checkbox"/> 早急 <input type="checkbox"/> 令和 年 月以降 <input type="checkbox"/> 将来的 申込予定: <input type="checkbox"/> 貴施設のみ <input type="checkbox"/> 他にも申込む ヶ所(予定)
現 況	<input type="checkbox"/> 1 自宅で一人で暮らしている。 <input type="checkbox"/> 2 自宅で家族と暮らしている。 <input type="checkbox"/> 3 老健等施設や病院に入っている。 ※「 <input type="checkbox"/> 3 老健等施設や病院に入っている。」に“✓”を入れた場合は下記についても記入してください。 <input type="checkbox"/> 施設名又は病院名: <input type="checkbox"/> 入所又は入院時期: 年 月 日から 入所・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・育児により介護困難 <input type="checkbox"/> 6 住環境の問題により介護が困難(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 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(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 家族等による深刻な虐待が疑われる等により、心身の安全・安心の確保が困難な状況にある <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	ふりがな		性別	本人との関係	生年月日	明・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	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・ソフト食・ミキサー		自立・一部介助・全介助	
		(嚥下機能) <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 咽せ込む <input type="checkbox"/> 詰める <input type="checkbox"/> 水分のみ咽せ込む <input type="checkbox"/> トロミを付けている			
		経管栄養食：鼻腔栄養・胃ろう・腸ろう 注入内容：[]			
	<input type="checkbox"/> 糖尿病食(kcal) <input type="checkbox"/> 肝臓病食 <input type="checkbox"/> 腎臓病食 <input type="checkbox"/> 胃潰瘍食 <input type="checkbox"/> 制限・アレルギー(
排 泄	トイレ・ポータブル・尿器(便器)・おむつ・紙パンツ・布パンツ	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	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少し理解しにくい <input type="checkbox"/> 殆ど理解しにくい <input type="checkbox"/> 全く理解できない			
	認知症	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 軽度(物忘れ等) <input type="checkbox"/> 中度(寸前の事も忘れる等) <input type="checkbox"/> 重度(意思疎通が困難)			
	精神状態	<input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 感情不安定 <input type="checkbox"/> 攻撃的行為 <input type="checkbox"/> 睡眠障害 <input type="checkbox"/> 意欲がない			
	問題行動	<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 介護拒否 <input type="checkbox"/> 同じ事を何度も話す <input type="checkbox"/> 収集癖			
<input type="checkbox"/> 大声(奇声) <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 食事したのを忘れる <input type="checkbox"/> 自傷行為					
その他：					
健康 状 態	かかりつけ医	病院名： 医師名：			
	疾患名	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> バルンカテーテル			
		<input type="checkbox"/> インシュリン(単位) <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 白内障			
		<input type="checkbox"/> 骨折〔部位： 〕 <input type="checkbox"/> パーキンソン病			
		その他の病気(全て)：			
	身体機能	<input type="checkbox"/> 拘縮 <input type="checkbox"/> 麻痺〔部位 〕			
	視 力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 全盲	聴 力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 難聴 <input type="checkbox"/> 全聾	
	義 歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 上歯 <input type="checkbox"/> 下歯	発 語	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少し不自由 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可能	じよくそう 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、ご遠慮なくお書き下さい。(別の用紙にお書きいただいても結構です)
