

# 入居申込書

申込者 (ご家族)	住所	〒		
	ふりがな			続柄
	氏名			
	連絡先	自宅	携帯	

施設 記入 欄	受付番号				
	受付日	20	年	月	日
	受付者				

特別養護老人ホームに入居したいので、次のとおり申込します。

ふりがな			性別	生年月日				
氏名			男・女	T・S	年	月	日	歳
住所	〒			現在の状況 <input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 夫婦二人 <input type="checkbox"/> 家族と同居 <input type="checkbox"/> その他				
	電話( )							
介護保険	被保険者番			要介護度	要介護1・2・3・4・5 申請中			
	認定期間	令和	年	月	日	～	居宅介護支援事業所名	担当ケアマネ
利用サービス								
現状	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らし <input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯 <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 施設や病院に入っている（施設や病院にいる方は下記も記入してください） 施設または病院名： _____ 入所または入院時期： _____							
入居希望の理由 (該当するもの全てを選んで下さい)	1. 入居申込が出来るのは原則として要介護3以上の方です。 (要介護1, 2の方については、入居を必要とするやむを得ない理由が必要となることから、次の2欄も記入してください。) <input type="checkbox"/> 介護する者が高齢、障害、疾病等により十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者がいないため <input type="checkbox"/> 介護者が就労していることから、(昼間独居となり)十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護者の身体的、精神的負担が大きく十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者が遠方で距離的な負担が大きく十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所を求められているが、自宅での介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護保険の居宅サービス給付の区分支給額を超えており、経済的な負担が大きいため <input type="checkbox"/> その他  2. 要介護1, 2の方は、以下該当するものを回答してください。 <input type="checkbox"/> 認知症である者であって、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ため <input type="checkbox"/> 知的障害、精神障害等を伴い、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ため <input type="checkbox"/> 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ため <input type="checkbox"/> 単身世帯である、同居家族が高齢また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ため							
入居希望時期	<input type="checkbox"/> 早急に <input type="checkbox"/> できれば早めに <input type="checkbox"/> 順位到来時							
希望	<input type="checkbox"/> 寛ぎの郷(ユニット) <input type="checkbox"/> 和らぎの郷(多床)							
他施設への申込状況	<input type="checkbox"/> 当施設のみ申込 <input type="checkbox"/> 他施設にも申込をしている。または申込をする予定である。 ( ) ( ) ( ) ( )							

家族 状況	氏名	続柄	年齢	同居の有無	仕事の有無	
				歳	同居・別居	有(フルタイム・パート) ・ 無
				歳	同居・別居	有(フルタイム・パート) ・ 無
				歳	同居・別居	有(フルタイム・パート) ・ 無
				歳	同居・別居	有(フルタイム・パート) ・ 無

医療状況	かかりつけ医	病院・医院 ( )		医師 ( )		
	現病 既往歴			発症年月日	年 月 日	
				発症年月日	年 月 日	
				発症年月日	年 月 日	
				発症年月日	年 月 日	
		発症年月日	年 月 日			
<input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> カテーテル		<input type="checkbox"/> インシュリン注射 ( ) <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> その他 ( )		<input type="checkbox"/> 褥瘡 (部位等 )		
A D L 状況	歩 行	目立・見守り 介助・全介助	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車椅子			
	座 位	目立・見守り 介助・全介助	<input type="checkbox"/> 背もたれがなくても座れる <input type="checkbox"/> 背もたれがないと座れない <input type="checkbox"/> 座れない			
	移 乗	目立・見守り 介助・全介助	<input type="checkbox"/> 何かを掴むと出来る <input type="checkbox"/> 掴んでも出来ない			
	更 衣	目立・見守り 介助・全介助	<input type="checkbox"/> 協力動作あり <input type="checkbox"/> 季節感の用意が出来る			
	食 事	自立 見守り 一部介助 全介助	主食 <input type="checkbox"/> ご飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> お粥ミキサー 副食 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 超刻み <input type="checkbox"/> ソフト食 <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン			
			水分 <input type="checkbox"/> むせ込みなし <input type="checkbox"/> むせ込みあり <input type="checkbox"/> トロミ使用 入れ歯 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> 総入歯 <input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 下 )			
			<input type="checkbox"/> 糖尿病食1200kcal <input type="checkbox"/> 1400kcal <input type="checkbox"/> 心臓病食 <input type="checkbox"/> 腎臓食 <input type="checkbox"/> 減塩食 <input type="checkbox"/> 貧血食 <input type="checkbox"/> 高脂血症食 <input type="checkbox"/> 煙草 (1日 本) <input type="checkbox"/> アルコール ( ) 禁止食 ( ) 好き嫌い ( )			
			<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> カテーテル			
			<input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 ( <input type="checkbox"/> リフト浴 <input type="checkbox"/> 特浴 ) <input type="checkbox"/> 清拭のみ			
	排 泄	目立・見守り 介助・全介助				
入 浴	目立・見守り 介助・全介助					
視 覚	日常生活に支障 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		聴 覚	日常生活に支障 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
認知症状	<input type="checkbox"/> 寸前の記憶が無く、同じことを繰り返したり、何でも同じことを聞いたりする <input type="checkbox"/> 言葉や単語の意味を理解することが困難になり、簡単な質問にも答えられないことがある <input type="checkbox"/> 今の時間や今いる場所、今一緒にいる人までもが分からない事がある <input type="checkbox"/> 昼間に寝て、夜中になると起きてくる事がある。また、不安から夜中に寄声を発する <input type="checkbox"/> 目的が無く歩き続けることがある <input type="checkbox"/> 自宅に帰りたい気持ちが強い <input type="checkbox"/> 実際にはないことを訴える妄想や、見えないものが見えたり、誰も居ないのに会話をしたりする <input type="checkbox"/> 自分のものではない物や、必要でない物を持ち帰る行動がみられる <input type="checkbox"/> 食べれない物を食べる <input type="checkbox"/> 介護への抵抗や言葉がある <input type="checkbox"/> その他 ( )					

【備考】施設記入欄

\* 申込の際、介護保険被保険者証、介護保険負担割合証、介護保険負担限度額認定証 (対象者のみ)、処方薬の説明書【又はお薬手帳】の写しを添付してください。