

指定介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)入所申込書

申込日 令和 年 月 日

指定介護老人福祉施設: 特別養護老人ホームあすなる 施設長様

申込者  
ご本人  
ご家族  
代理人

住所	〒	
ふりがな		本人との続柄
氏名		
電話番号	( )	

次の者が貴施設に入所したいので申し込みます。

ふりがな		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢	歳
ご本人の氏名		生年月日	年 月 日		
本人の現住所	〒	電話番号	( )		
郵便等の送付先	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 上記以外	住所	〒		
要介護認定状況	被保険者番号(右詰め)		保険者		
	要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 ※ 市町村への照会: 年 月 日 結果: <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5			
	認定期間	令和 年 月 日 ~ 年 月 日			
介護者の状況	ふりがな		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	続柄
	氏名		生年月日	年 月 日	年齢 歳
	居住状況	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(住所 )			
	疾病	<input type="checkbox"/> あり(具体的な症状や治療の頻度) <input type="checkbox"/> なし			
	就労	<input type="checkbox"/> 働いている <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 会社等勤務( <input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> パート等) <input type="checkbox"/> その他( )			
		<input type="checkbox"/> 働いていない( <input type="checkbox"/> 介護に専念 <input type="checkbox"/> 高齢 <input type="checkbox"/> 健康不安 <input type="checkbox"/> その他( )			
複数介護	<input type="checkbox"/> 申込者以外の介護や育児あり(具体的に: ) <input type="checkbox"/> なし				
指定居宅介護サービス	<input type="checkbox"/> 指定居宅サービスを利用している(ただし、福祉用具貸与は除く) <input type="checkbox"/> 利用していない				
	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> 短期入所				
	上記サービスの週当たりの利用日数 <input type="checkbox"/> 1~2日 <input type="checkbox"/> 3~4日 <input type="checkbox"/> 5~7日				
住居環境	住居形態	<input type="checkbox"/> 戸建住宅( <input type="checkbox"/> 平屋 <input type="checkbox"/> 2階建) <input type="checkbox"/> アパート・マンション( 階/エレベーター <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 )			
	介護環境	特記事項(トイレや浴室等)			
退院・退所後の在宅生活	病院名	電話番号	入院等の時期(平成 年 月頃)		
	施設名				
	退院等の見込み	<input type="checkbox"/> 退院(所)を勧められている <input type="checkbox"/> 退院(所)したい( <input type="checkbox"/> 病気が治った <input type="checkbox"/> 金銭負担が重い)			
在宅生活困難理由					
特筆すべき事項(特例入所の要件関連)	<input type="checkbox"/> 認知症があり、日常生活に支障を来している		<input type="checkbox"/> 知的障がい、精神障がい等を伴い、日常生活に支障を来している		<input type="checkbox"/> 単身世帯等で家族等による支援が期待できない
	<input type="checkbox"/> 上記で、重度(認知症自立度がⅢA以上)である		<input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待が疑われる		<input type="checkbox"/> 上記の状態が介護者の急死等で発生
医療的処置の状況	現病名や既往歴				
	医療的処置の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> たんの吸引 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> カテーテル留置 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> その他( )			
参考事項	指定居宅介護支援事業所名	担当ケアマネジャー			
	他施設への申込	<input type="checkbox"/> 当施設のみ申込み <input type="checkbox"/> 他の施設にも申込んでいる <input type="checkbox"/> これから他の施設にも申込み ※ 既に申込んでいる施設名:			
	入所時期の希望	<input type="checkbox"/> 今すぐにも入所したい <input type="checkbox"/> 1年以内に入所したい <input type="checkbox"/> 年 月頃入所したい			
	健康保険種別		年金種別		

注)介護保険の被保険者証をご持参の上、施設に提示して下さい。

○医療に関する状況 記入日 年 月 日 \_\_\_\_\_ 様

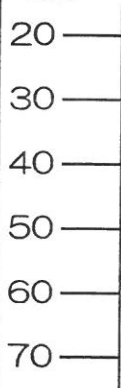
既往歴	これまでの間に入院または通院されたことのある方は、ご記入願います		
	病 名	病 院 名	期 間
			年 月 日～ 年 月 日
			年 月 日～ 年 月 日
			年 月 日～ 年 月 日
			年 月 日～ 年 月 日
			年 月 日～ 年 月 日
内服薬			
医療的 処置	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> カテーテル留置 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> その他		
備 考	麻痺や拘縮がある場合、その他特記事項がある場合にご記入ください _____ _____		
認知・ 精神の 症状	<input type="checkbox"/> 何らかの認知症状を有するが、日常的にはほぼ自立している <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 著しい精神症状や問題行動が見られ、専門医を必要とする		
行動障害	<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> ろう便 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )		
備 考	その他の症状があれば、具体的に記載してください _____ _____ _____ _____		

○身体に関する状況 記入日 年 月 日 様

食事	<input type="checkbox"/> 自立（準備すれば、一人で食べられる） <input type="checkbox"/> 一部介助（一部手伝いが必要） <input type="checkbox"/> 見守り・声かけ（食べられるが誤嚥に注意が必要） <input type="checkbox"/> 全介助
	・食事の種類 ごはん <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟らかめ <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー おかず <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟らかめ <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他（経管栄養、ムース食等）
	※ 食事摂取面に関して気になることがありましたらご記入下さい。
	アレルギーの有無 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある（ ）
	・義歯の有無 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある（ ） ・義歯のお手入れはどなたがしていますか <input type="checkbox"/> ご自身 <input type="checkbox"/> ご家族 <input type="checkbox"/> サービス利用時（ ） <input type="checkbox"/> 他（ ）
排泄	・尿意はありますか <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・声かけ <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	・便意はありますか <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・声かけ <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	オムツの使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> 昼夜 <input type="checkbox"/> 昼のみ <input type="checkbox"/> 夜のみ）
	リハパンの使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> 昼夜 <input type="checkbox"/> 昼のみ <input type="checkbox"/> 夜のみ）
	尿取りパット <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> 昼夜 <input type="checkbox"/> 昼のみ <input type="checkbox"/> 夜のみ）
	ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> 昼夜 <input type="checkbox"/> 昼のみ <input type="checkbox"/> 夜のみ）
	※ 排泄に関して気になることがありましたらご記入下さい。
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・声かけ <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ・お風呂は誰が介助していますか <input type="checkbox"/> 介助されていない（一人で入っている） <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> サービス利用時（ ） <input type="checkbox"/> 他（ ） 入浴の場所 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 他（ ）
	※ 入浴に関して気になることがありましたらご記入下さい。
皮膚	床ずれの有無 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）
	皮膚疾患 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）
※ 皮膚に関して気になることがありましたらご記入下さい。	
整容 (身支度)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・声かけ <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ※ 整容に関して気になることがありましたらご記入下さい。
着脱 (着替え)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・声かけ <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ※ 着脱に関して気になることがありましたらご記入下さい。

移動	歩行について <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	車椅子の使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	その他の使用 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> その他
	※ 移動に関して気になることがありましたらご記入下さい。
視力	<input type="checkbox"/> 普通（日常生活に支障なし） <input type="checkbox"/> ぼんやりと見える <input type="checkbox"/> 明るさ・暗さはわかる
	<input type="checkbox"/> ほとんど見えない <input type="checkbox"/> 見えているのか不明
※ 視力に関して気になることがありましたらご記入下さい。	
聴力	<input type="checkbox"/> 普通（日常生活に支障なし） <input type="checkbox"/> 大きい声が聞こえる <input type="checkbox"/> かすかに聞こえている
	<input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない <input type="checkbox"/> 聞こえているのか不明
※ 聴力に関して気になることがありましたらご記入下さい。	
会話	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 支障あり（ )
	<input type="checkbox"/> 出来ない
※ 会話に関して気になることがありましたらご記入下さい。	
意思の伝達	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 日常的なものは出来る <input type="checkbox"/> 支障あり
	※ 意思の伝達に関して気になることがありましたらご記入下さい。

これまでの生活歴（差し支えないの範囲でお答えください） 仕事、結婚、子供、退職 等（才）



家族構成 主介護者 には※	氏名	続柄	同別居	職業	家族構成図 男性= <input type="checkbox"/> 女性= <input type="checkbox"/> 横にわかれば年齢 本人= <input type="checkbox"/> 、 <input type="checkbox"/> 死亡= <input type="checkbox"/> 、 <input type="checkbox"/>
			同・別		
			同・別		
			同・別		
			同・別		
介護をしている上で特に困っていること					