

申込者(本人又は家族)

受付日	年	月	日
受付番号			

〒	-		
住所:			
氏名:		続柄	
電話:	-	-	
携帯:	-	-	

下記の特別養護老人ホームに入所を希望します。

入所申込施設名				電話: - -		携帯: - -	
入所希望者の状況	フリガナ		性別	保険者(区市町村)			
	氏名		男・女	*介護保険被保険者番号			
	生年月日	明・大・昭	年 月 日 ()歳	*要介護度		1 ・2 ・3 ・4 ・5	
	現住所	〒 -		認定有効期間		平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	
	現況	1) <input type="checkbox"/> 自宅にて一人暮らし 2) <input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯 3) <input type="checkbox"/> 自宅にて家族と暮らしている 4) <input type="checkbox"/> 他の施設や病院に入所、入院中 ・施設名又は病院名 _____ ・所在地(市・区名のみ) _____ ・入所又は入院時期 平成 年 月から					
	入所希望の理由(複数回答可)	1) <input type="checkbox"/> 介護者がいない 2) <input type="checkbox"/> 介護者が「高齢」「障害」「疾病」等により十分な介護ができない 3) <input type="checkbox"/> 介護者の就労により、十分な介護ができない 4) <input type="checkbox"/> 介護者の身体的、精神的負担が大きく、十分な介護ができない 5) <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により、十分な介護ができない 6) <input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所、退院がせまられているが、自宅での介護ができない 7) <input type="checkbox"/> 介護者が二人以上の要介護者、障がい者の介護または未就学児の育児をしているため十分な介護ができない 8) <input type="checkbox"/> 介護保険の利用限度額を超えて在宅サービスを利用しているため、経済的負担が大きい 9) <input type="checkbox"/> 老人保健施設や病院に入院・入所しているが入院費・入所費用等の負担が大きい 10) <input type="checkbox"/> その他 ()					
	入所希望の時期	1) <input type="checkbox"/> 早い時期に入所を希望 2) <input type="checkbox"/> いずれは入所したいが、今は在宅を希望					
	本人の入所意向	1) <input type="checkbox"/> 入所を希望 2) <input type="checkbox"/> 迷っている 3) <input type="checkbox"/> 拒否 4) <input type="checkbox"/> 知らせていない 5) <input type="checkbox"/> 認知力低下により理解困難					
	申請状況	1) <input type="checkbox"/> 当施設のみ申請 2) <input type="checkbox"/> 他の施設も申請(施設名)					
	主介護者	フリガナ		性別	本人との関係		続柄()
氏名			男・女	生年月日		明・大・昭 ()歳	
同居有無		<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している <input type="checkbox"/> その他()					
備考	担当ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> いる 事業所名()担当者名() <input type="checkbox"/> いない					

※介護状況をよく知っている方がご記入ください(ご家族以外の方でも結構です)。

記入者氏名		*本人との関係		□主介護者 □同居の家族 □別居の家族 □ケアマネージャー □その他()	
日常生活の状況	視力	□普通	□弱視	□見えない	(眼鏡使用 有・無)
	聴力	□普通	□やや難聴	□難聴	(補聴器使用 有・無)
	移動	□自立	□一部介助	□全介助	(車椅子・歩行器・杖)を使用
	食事	□自立	□一部介助	□全介助	
	排泄	□自立	□一部介助	□全介助	(オムツ使用 有・無)
	入浴	□自立	□一部介助	□全介助	
	着替え	□自立	□一部介助	□全介助	
	意思疎通	□できる	□特別な場合を除いてできる	□日常的に困難	□できない
	麻痺	□ない	□ある(左上肢・右上肢・左下肢・右下肢)		
	拘縮	□ない	□ある(肩関節・股関節・膝関節・手指・足指)		
認知症・行動障害の状況	直前のことを忘れてしまうことが	□ない	□ときどきある	□ある	
	時間・場所(今いるところ)がわからなくなることが	□ない	□ときどきある	□ある	
	物を盗られたと被害的になることが	□ない	□ときどきある	□ある	
	作話をして周囲にいいふらすことが	□ない	□ときどきある	□ある	
	実際にはないものが見えたり聞こえることが	□ない	□ときどきある	□ある	
	泣いたり笑ったりして感情が不安定になることが	□ない	□ときどきある	□ある	
	夜間不眠あるいは昼夜逆転が	□ない	□ときどきある	□ある	
	暴言や暴行が	□ない	□ときどきある	□ある	
	大声を出すことが	□ない	□ときどきある	□ある	
	助言や介護に抵抗することが	□ない	□ときどきある	□ある	
	目的なく歩き回ることが	□ない	□ときどきある	□ある	
	「家に帰る」等と言い落ち着きがないことが	□ない	□ときどきある	□ある	
	一人で外に出たがったり目が離せないことが	□ない	□ときどきある	□ある	
	食べられないものを口に入れることが	□ない	□ときどきある	□ある	
医療状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 褥瘡治療 <input type="checkbox"/> バルンカテーテル <input type="checkbox"/> 人工膀胱 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> その他() ※既往歴及び現在治療中の病気を記入下さい				
【在宅サービスの利用状況】 ※ケアプラン(サービス利用票)の添付でも可 <input type="checkbox"/> デイサービス 週 回 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー 週 回 <input type="checkbox"/> ショートステイ 月 回 <input type="checkbox"/> 訪問看護 週 回 <input type="checkbox"/> その他()					
【特記事項1】 ※その他、ご家族の介護状況等、考慮して欲しいことがありましたら具体的にご記入下さい。					
【特記事項2】 ※担当のケアマネージャー(施設・病院の相談員を含む)より入所についてご意見がありましたら具体的にご記入下さい(緊急性、虐待等)。					