

入所希望 申込書

申込日 令和 年 月 日

ふりがな		男 ・ 女	生年月日	M・T・S 年 月 日 歳 要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5
入居者 氏名	様			
負担割合証	1 2 3 (割)	負担限度額認定証	1 2 3 4 (段階)	

身体状況及び日常動作の状況

既往歴 現病			
認知症状	徘徊・暴言・暴力・不潔行為・拒否及び抵抗・収集・昼夜逆転 ・感情不安定・過食・異食・幻聴・幻覚・自殺願望・抑うつ		
	現状	使用用具 利用サービス	備考
視力	普通・悪い	眼鏡・その他	
聴力	普通・悪い	補聴器・その他	
言語	明瞭・不明瞭		
意思疎通	普通・不明瞭		
移動	自立・介助	杖・歩行器・車椅子・その他	
入浴	自立・介助	一般浴・機械浴	
整容	自立・介助	意欲あり・意欲なし	
食事	自立・介助	義歯・その他	食事形態 禁食
薬	朝食(前・後) 昼食(前・後) 夕食(前・後) 眠前 その他()		
排泄	自立・介助	オムツ・リハパン・パット	

その他・注意事項

ご本人・ご家族の希望・一日の過ごし方

医療

・バルーンカテーテル ・在宅酸素 ・胃ろう ・インスリン ・ストマ ・ペースメーカー ・痰吸引

申込者(連絡先) 今後、郵便物などはこの連絡先にお送りさせていただきます。

申込日	令和 年 月 日
受付日	令和 年 月 日

〒 :
住所 :
氏名 :
電話 :

特別養護老人ホームに入所したいので、次のとおり申し込みます。

入所希望者の状況	申し込み先 (入所希望施設)			保 険 者			
	(フリガナ)		性別	被保険者番号			
	氏 名		男・女		要 介 護 度	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5	
	生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日 () 歳	要介護 認定期間	平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日まで			
	現 住 所	〒 —					
	現 況	<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"/> 特養などの施設や病院に入っている 「施設や病院等に入っている方」は記入して下さい。 ◇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・令和 年 月 から入所・入院している					
	入所を希望する理由(該当するものすべてを選んで下さい)	1. 入所申込ができるのは原則として要介護度3以上の方です。 (要介護度1・2の方については、入所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欄も回答してください。) <input type="checkbox"/> 介護する者がいないため。 <input type="checkbox"/> 介護する者がいないため。 <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"/> 介護者が就労していることから、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"/> 居住環境の事情により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"/> その他()					
	入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 令和 年 月頃までに入所したい					
	医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> その他() 【現在治療中の病気・特記事項等】					
	申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込む。 <input type="checkbox"/> 他の施設も申し込んでいる、又は今後他の施設も申し込む予定。 ◇既に申し込んでいる他の施設名() () () ◇今後申し込む予定の他の施設名() () ()					
主たる介護者	(フリガナ)		性別	本人との関係			
	氏 名		男・女	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日		
	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: _____)					
	意 見	【介護をしているうえで困っていること等】					

1 本人の状況

要介護度	要 介 護	1	2	3	4	5
日常生活自立度	Ⅲa以上	Ⅱb	Ⅱa	I		自立

2 主たる介護者・家族等の状況

世帯の状況	独 居	高 齢 者 世 帯	そ の 他
介護者の年齢・続柄			
介護者の介護負担	重 い	や や 重 い	軽 い 負 担 な し
介護者の障害や疾病	無・有(
介護者の就労	無・有(職種等 日/週、 時間/日)		
他の要介護者	無・有(要支援、 要介護 1, 2, 3, 4, 5,)		
介護者の育児、家族の病気	無・有(
介護者の介護の関わり方	介 護 拒 否	非 常 に 消 極 的	や や 消 極 的 ふ つ う
他の同居介護補助者	無・有(続柄 日/週程度		
別居血縁者介護協力	無・有(続柄 日/週程度		
近隣者等の介護協力	ほ と ん ど な し	随 時 あ り	常 時 あ り

3 調査者の意見

記載者氏名 _____ 印