

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 一関ケアサポート 施設長 様

申込者 <input type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> ご家族 <input type="checkbox"/> 代理人	住所	〒	
	フリガナ	本人との続柄	
	氏名		
	電話番号	()	

次の者が貴施設の施設入所を申し込みいたします。

フリガナ		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢	歳	
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	年 月 日 ~ 年 月 日				
介護者の状況	フリガナ		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利用状況	<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 施設名	電話番号		入院等の時期(年 月頃)		
	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"/> 家族等による深刻な虐待が疑われる。 <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"/> 上記の状態が介護者の急死等で発生	
	<input type="checkbox"/> 上記で、重度(認知症自立度がⅢA以上)である。					
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		
	他施設への申込み	<input type="checkbox"/> 当施設のみに申込み		<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	<input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> その他()		年金種別	<input type="checkbox"/> 国民 <input type="checkbox"/> 厚生 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> その他()		

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。

参考事項	食 事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
		【食事形態】	(主食) <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 半粥 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー (副食) <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ソフト食 <input type="checkbox"/> ミキサー
		備考
	排 泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
		【トイレ使用】	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
		【オムツ使用】	(頻度) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 昼夜 <input type="checkbox"/> 夜のみ (種類) <input type="checkbox"/> 紙オムツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> 尿取りパット
		備考
	入 浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
		【浴槽の形態】	<input type="checkbox"/> 特浴 <input type="checkbox"/> リフト浴 <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 清拭
		備考
移 動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	<input type="checkbox"/> つかまり歩き <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> 寝たきり		
	備考	
更 衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	備考	
視 力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 人の動きが分かる程度 <input type="checkbox"/> 見えない		
	【眼 鏡】	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	備考	
聴 力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 大声で聞き取れる <input type="checkbox"/> 聞こえない		
	【補 聴 器】	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	備考	
言 語	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聞き取りにくい <input type="checkbox"/> 聞き取れない(話せない)		
	備考	
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"/> 弄便 <input type="checkbox"/> その他()		
	備考	
障害者手帳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 手帳の種類: (種 級)		
【メモ】			
.....			
.....			
.....			