

特別養護老人ホーム入所申込書（その1）

特別養護老人ホーム エンゼルの丘
施設長様

申込日	平成 年 月 日
受付日	平成 年 月 日

【申込者】

住所	〒
ふりがな 氏名	本人との関係 ()
電話番号	()

特別養護老人ホームエンゼルの丘に入所を希望しますので、次のとおり申し込みます。

本人の状況	ふりがな 氏名		性別	介護保険者	
			男 女	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
	住所	〒	介護認定期間		平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで
	※ 該当する 項目に記入 ○で囲い込みを必要事項に記入をお願いします。				
	障害高齢者の日常生活自立度 (ねたきり度)			自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2	
	認知症高齢者の日常生活自立度			自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M	
	障害者手帳の有・無	身・療・精 級 種	年金の種類/ 国民年金・厚生年金・その他 () 支給額 万円/月		
	現在利用している 在宅サービスの状 況を選び、() に具体的利用を記 入して下さい。	1 訪問介護 ()	2 訪問入浴介護 ()	3 訪問看護 ()	4 訪問リハビリテーション ()
		5 通所介護 ()	6 通所リハビリテーション ()	7 短期入所生活介護 ()	8 短期入所療養介護 ()
			9 福祉用具貸与・購入費の支給 ()	10 その他 ()	
入所を希望する理由に ついて該当するものす べて○で選んで下さ い。また、()に 具体的理由を記入して 下さい。	1 介護者がいないため。 2 介護者はいるが、高齢等のため十分な介護が困難なため。 3 介護者はいるが、障害や疾病の状況であり十分な介護が困難なため 4 介護者はいるが、就業しているため十分な介護が困難なため。 5 介護者はいるが、育児または家族が病気であり十分な介護が困難なため。 6 介護保険施設等に入所しているが替わりたい。 7 その他 []				

特別養護老人ホーム入所申込書（その2）

本 人 の 状 況	施設及び病院に 入所、入院の場 合		施設名または病院名			
			所 在 地			
			入居または入院期間	年 月 日から		
医療的処置 (該当するものをす べて選んで下さい。)		1 経管栄養 2 中心静脈栄養 3 インシュリン注射 4 褥瘡(床ずれ) 5 在宅酸素 6 バルーンカテーテル 7 人工肛門 8 人工膀胱 9 その他 その他にありましたら詳細にご記入下さい。()				
現在治療中の病気		病 名		医療機関		
		病 名		医療機関		
		病 名		医療機関		
既往歴		病 名		発症年月日	年 月 頃	
		病 名		発症年月日	年 月 頃	
		病 名		発症年月日	年 月 頃	
生 活 歴	出身地			趣味・特技		
	職 歴			性 格		
	1日の過 ごし方					
身 体 の 状 況	歩 行	1 自立 2 補助具により可(杖・歩行器) 3 歩行介助 4 車椅子使用 5 歩行不可				
	食 事	1 自立 2 見守り 3 一部介助 4 全介助				
		主食	a 普通	b 粥	c ペースト	d 流動食(経口・経管)
		副食	a 普通	b 一口大	c 刻み	d ペースト
	排 泄	1 自立 2 見守り 3 一部介助 4 全介助 (a ポータブルトイレ使用 b 尿・便器使用 c おむつ使用)				
	入 浴	1 自立 2 見守り 3 一部介助 4 全介助				
	更 衣	1 自立 2 見守り 3 一部介助 4 全介助				
	視 力	1 普通 2 やや悪い 3 悪い 4 ほとんど見えない				
	聴 力	1 普通 2 やや悪い 3 悪い 4 ほとんど聞こえない				
	言 語	1 普通 2 聞き取りにくい 3 ほとんど話せない				
理解力	1 普通 2 やや低下 3 低下					
麻 痺	有・無	(右・左 手・足)		拘縮 有 無	部位 ()	
その他 (特にあれば 記入して下さい。)						

特別養護老人ホーム入所申込書(その3)

緊急時の連絡先		<input type="checkbox"/> 申込者 <input type="checkbox"/> 主介護者 <input type="checkbox"/> その他()				
郵便番号		氏 名	〒	電話番号		
〒 -				携帯番号		
緊急時の連絡先		<input type="checkbox"/> 申込者 <input type="checkbox"/> 主介護者 <input type="checkbox"/> その他()				
郵便番号		氏 名	〒	電話番号		
〒 -				携帯番号		
介護者の状況	主たる介護者	ふりがな氏名		性別	本人との関係	
		生年月日	昭和・平成 年 月 日	男 女		
		同居の区分	1 同居 2 別居(住所:)			
	従たる介護者	ふりがな氏名		性別	本人との関係	
		生年月日	昭和・平成 年 月 日	男 女		
		同居の区分	1 同居 2 別居(住所:)			
	主たる介護者の就労状況		主たる介護者の育児状況		主たる介護者の健康状況	
	有(常勤・パート)/無		有(人 歳) 無		良好 不良()	
	<input type="checkbox"/> 8時間以上		<input type="checkbox"/> 常時の育児が必要		主たる介護者の家族の健康状態	
	<input type="checkbox"/> 4時間以上8時間未満		<input type="checkbox"/> 半日の育児が必要		良好 不良()	
介護期間		年 月				
介護者の状況2	※下記、□項目に該当する事項について印を付けてください。					
	主たる介護者が障害や疾病の状況にある為 <input type="checkbox"/> 介護困難 <input type="checkbox"/> 多少介護可能 <input type="checkbox"/> 介護可能 <input type="checkbox"/> 質問事項の状況にない					
	主たる介護者の家族の病気の状況において <input type="checkbox"/> 常時看病が必要 <input type="checkbox"/> 半日程度看病が必要 <input type="checkbox"/> 時々看病が必要 <input type="checkbox"/> 質問事項の状況にない					
	主たる介護者が複数の介護をしている為 <input type="checkbox"/> 介護困難 <input type="checkbox"/> 多少介護可能 <input type="checkbox"/> 介護可能 <input type="checkbox"/> 左記という事はない					
	従たる同居介護者の状況 <input type="checkbox"/> 従たる同居介護者はいない <input type="checkbox"/> 介護困難 <input type="checkbox"/> 多少介護可能 <input type="checkbox"/> 介護可能					
別居している血縁者による介護の可能性 <input type="checkbox"/> 別居している血縁者はいない <input type="checkbox"/> 介護困難 <input type="checkbox"/> 多少介護可能 <input type="checkbox"/> 介護可能						
その他の	入所を希望する時期	1 今すぐ入所したい。 2 年 月頃までに入所したい。				
	申し込みの状況	1 当該施設のみ申し込む。 2 他の施設に申し込んでいる。 所在地: 施設名:				
	待機期間	年 月				
他	個室・多床室の希望	1 個室に入所を希望する。 2 多床室に入所を希望する。 3 個室・多床室のどちらでもよい。				
説明	私は、入所申込の際、入所決定の手続き及び入所の必要性を評価する基準等について、施設から説明を受けました。					
確認	平成 年 月 日 氏名 _____					

※ 申込内容に変更が生じた場合は、施設に連絡し、指示を受けて下さい。順番が変更になる事があります。
 ※要介護度の変更等の際は、再度介護保険被保険者証の写し 及び 認定調査票の写しをご提出下さい。