

特別養護老人ホーム 幸豊苑 入所申込書

申込日	令和	年	月	日
受付日	令和	年	月	日

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。

住所：〒	
ふりがな 氏名：	
電話：	携帯

申し込み先 (入居希望施設)		特別養護老人ホーム 幸豊苑		市				
入居希望者の 状況	ふりがな	介護 保険 証		保険者				
	氏名			被保険者番号				
	性別			男・女	要介護度	1・2・3・4・5		
	生年月日			明・大・昭 年 月 日()歳	認定年月日	平成・令和 年 月 日		
	現住所			〒	認定の有効期限	平成・令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで		
	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」は下記に記入して下さい。 <input checked="" type="checkbox"/> 施設名又は病院名： _____ ◇所在地(市区名のみ) _____ <input checked="" type="checkbox"/> 入所又は入院時期：令和 年 月 日から入所・入院している						
	入居を希望する理由(該当するものすべてを選んでください)	1. 入居申込ができるのは原則として要介護3以上の方です。 (要介護度 1・2の方については、入居を必要とするやむを得ない理由が必要なので、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「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"/> 住居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院、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()						
	入居希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入居したい <input type="checkbox"/> 令和 年 月頃までに入居したい						
	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 <input checked="" type="checkbox"/> 既に申し込んでいる他の施設()() <input checked="" type="checkbox"/> 今後申し込む予定の他の施設()()						
主たる 介護者	ふりがな	性別		本人との関係				
	氏名	男・女		生年月日	明・大・昭 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、介護者の状況

家族の状況	氏名	続柄	年齢	職業	住所
近親者の状況	氏名	続柄	年齢	職業	住所

介護環境	世帯状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> その他()			
	介護者の負担	<input type="checkbox"/> 重い <input type="checkbox"/> やや重い <input type="checkbox"/> 軽い <input type="checkbox"/> 負担なし			
	介護者の疾病、障がい	<input type="checkbox"/> 介護困難 <input type="checkbox"/> 多少の介護は可能 <input type="checkbox"/> 介護できる状態 <input type="checkbox"/> 疾病や障がいはない			
	介護者の就労	<input type="checkbox"/> 8時間以上もしくは高齢で就労不可 <input type="checkbox"/> 4~8時間 <input type="checkbox"/> 4時間未満 <input type="checkbox"/> なし			
	介護者の育児・家族の病気	<input type="checkbox"/> 常時育児や看病がある <input type="checkbox"/> 半日育児や看病がある <input type="checkbox"/> 臨時で育児や看病がある <input type="checkbox"/> なし			
	介護補助や協力	同居者	<input type="checkbox"/> ほとんどなし <input type="checkbox"/> 随時あり <input type="checkbox"/> 常時あり		
		別居血縁者	<input type="checkbox"/> ほとんどなし <input type="checkbox"/> 随時あり <input type="checkbox"/> 常時あり		
近隣者		<input type="checkbox"/> ほとんどなし <input type="checkbox"/> 随時あり <input type="checkbox"/> 常時あり			
相談窓口	居宅介護支援事業所名()担当ケアマネジャー()				

医療状況	現在、治療中の傷病	病気名	発症時期
			年 月 頃 から
			年 月 頃 から
	過去にかかった傷病	病気名	治療期間
			年 月 ~ 年 月 まで
			年 月 ~ 年 月 まで
	糖尿病の方のみお聞きます	服薬 無 ・ 有	定時血糖測定 無 ・ 有
		インスリン注射 無 ・ 有(回/日)	1日のカロリー制限 kcal
	医療機関	医療機関名	
		主治医	

備考 ・施設からの連絡は、申込者の方にいたします。
 ・申込書を提出する際には「介護保険証」の写しと、「介護保険限度額認定証」をお持ちのかたは併せてお持ち下さい。
 また、在宅サービスを利用されている方は、直近3ヶ月分の「サービス利用票」の写しを添付して下さい。
 ・本人及び介護者の状況に変動があった場合は、施設までご連絡下さい。
 ・この申込書は、入所判定をする際に参考とする資料となりますので、出来るだけ詳しくご記入下さい。また、申込書の内容については、入所判定以外の目的には使用いたしません。

同意事項 本申込書の調査に関し、関係病院、担当ケアマネジャーに確認することを同意します。

氏名

印

調査票

※ わかる範囲でご記入または担当ケアマネジャーにお聞き下さい。

	現況	独居・高齢者所帯・家族同居 入院中(病院名)・入所中(施設名)
身体及び日常生活状況	医療の状況	<input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> インシュリン <input type="checkbox"/> 在宅酸素
	視力	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 大きい字なら見える <input type="checkbox"/> ほとんど見えない <input type="checkbox"/> 全く見えない
	聴力	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 大きい声なら聞こえる <input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない <input type="checkbox"/> 全く聞こえない
	会話	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> やや不自由 <input type="checkbox"/> ほとんど話せない <input type="checkbox"/> 全く話せない
	歩行	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 杖を使用して可能 <input type="checkbox"/> シルバーカー使用で可能 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
		(車いすの使用：有・無 自走：可・不可 移乗 可・不可)
	食事	<input type="checkbox"/> 自力摂取可能 <input type="checkbox"/> 声かけ、見守りが必要 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
		内容： <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> きざみ食 <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> ゼリー食
		<input type="checkbox"/> 糖尿病食 <input type="checkbox"/> 鼻腔栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう
	嚥下	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> むせる <input type="checkbox"/> つめる
	義歯	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (総義歯 ・ 部分義歯)
麻痺	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
排泄	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> 便器 <input type="checkbox"/> おむつ	
入浴	<input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 座浴 <input type="checkbox"/> 特浴	
	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
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	
褥瘡	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位：)	
精神及び行動の状況	認知の状況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M
	※行動障がいについて、下記の該当する項目にチェックしてください。	
	被害妄想がある	<input type="checkbox"/> 外出したら戻れないことがある
	作り話がある	<input type="checkbox"/> 収集癖がある
	幻想・幻聴がある	<input type="checkbox"/> 火の不始末がある。
	感情が不安定である	<input type="checkbox"/> 物や衣服を壊す行為がある
	昼夜逆転がある	<input type="checkbox"/> 自傷行為がある
	常に徘徊する	<input type="checkbox"/> 不潔行為がある
	暴言・暴力・大声を出すことがある	<input type="checkbox"/> 異食行為がある
	繰り返し同じ話をする	<input type="checkbox"/> 性的迷惑行為がある
介護される事に抵抗がある	<input type="checkbox"/> ひどい物忘れがある	
【認知状態で困っていることを具体的に記入してください。】※別の用紙に書いて頂いても結構です。		
経済状況	年金	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 共済年金 <input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> その他()
	年額/月額	円 介護保険限度額段階 第 段階