

様式1 (第2条関係)

受付印

「特別養護老人ホーム奥町」入居申込書

特別養護老人ホーム奥町 施設長 様

貴施設へ入居を希望するので、下記のとおり申込みます。

			申込日	年	月	日	
入居希望者	ふりがな		性別	生 年 月 日			年齢
	氏 名		男・女	明・大・昭 年 月 日			
	住 所	〒					
	TEL		FAX				
被保険者番号		要介護度	1・2・3・4・5				
居宅介護支援事業所名	ケアマネージャー氏名	認定の有効期限	年 月 日 ～ 年 月 日				

※ 入所希望者の介護保険被保険情報は最新の介護保険被保険者証から転記をお願いします。コピー提出時は記入不要です。

	連絡先 1 続柄( )	連絡先 2 続柄( )
ふりがな		
氏 名		
住 所	〒	〒
電 話		
F A X		
携帯電話		

※ 連絡先1の方以外への連絡も希望される方は、連絡先2欄もご記入ください。

施設 の 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。又は申し込む予定。
	既に申し込んだ施設 件数          件 ※可能であれば下記に施設名をご記入ください。 (                      ) (                      ) (                      )
説明 確 認 欄	申し込み予定の施設 件数          件 ※可能であれば下記に施設名をご記入ください。 (                      ) (                      ) (                      )
	私は、入居申込みに際し入居順位の決定方法及び状況の変化に伴う届出について、施設から説明を受けました。又、当該入居申込の状況について、県及び市町村・ケアマネージャー等から情報提供および情報収集する事に同意致します。 年 月 日 氏 名    ⑩ 続柄(                      )

◎基本情報 ※該当する項目の□にレ印及び記入をお願いします。

入居を希望する理由  (該当する項目を選んでください)	<input type="checkbox"/> 施設入居により安心した生活を送りたい
	<input type="checkbox"/> 寝たきりなどにより、食事、排泄、入浴等日常生活全般に介助が必要
	<input type="checkbox"/> 認知症などにより常時の見守り、介護が必要
	<input type="checkbox"/> 施設や病院から退所（退院）を求められているが、自宅での生活が困難
	<input type="checkbox"/> 介護する者がいない。または遠く離れたところに住んでおり介護できない
	<input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」、「障害」、「病気」等により介護することが困難なため
	<input type="checkbox"/> 介護する者が「就労」、「育児」、「別居」当により介護することが困難なため
	<input type="checkbox"/> 利用したい在宅介護サービスが十分でない
	<input type="checkbox"/> その他（ ）
入居希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ <input type="checkbox"/> 半年以内 <input type="checkbox"/> 1年以内
	<input type="checkbox"/> その他（ ）
現在の居所	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らしをしている。
	<input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている。
	<input type="checkbox"/> 特養・老健などの施設や病院に入っている。
	・施設又は病院名（ ） ・施設等へ入所又は入院した時期（平成・令和 年 月から）

◎ご本人の医療状況 ※該当する項目の□にレ印及び記入をお願いします。

医療に関する状況	持病	現在治療中の病気 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（有の場合は下記に病名等を記入してください）			
		発症の時期	病名	通院中の病院名	症状
	既往歴	治療された病気 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（有の場合は下記に病名等を記入してください）			
		発症の時期	病名	入院・手術等された病院名	症状
	特別な医療的対応 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（有の場合は下の項目にレ印等をお願いします、）				
	<input type="checkbox"/> 鼻腔栄養 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン				
	<input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> その他（ ）				
	疾患等	感染症	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	（ ）
		アレルギー	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	（ ）
皮膚疾患		<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	（ ）	
麻痺		<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	（ ）	
認知症等による問題行動	認知症等の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（有の場合は下記の内容を記入してください）				
	※該当ありの場合は下の問題行動欄・発生頻度欄にレ印等をお願いします。				
	<input type="checkbox"/> 記憶障害	<input type="checkbox"/> 不穏行動	<input type="checkbox"/> 徘徊	<input type="checkbox"/> 見当識障害 <input type="checkbox"/> 判断力の障害	
	<input type="checkbox"/> 帰宅願望	<input type="checkbox"/> 昼夜逆転	<input type="checkbox"/> 不眠	<input type="checkbox"/> 幻覚・幻聴 <input type="checkbox"/> ひどい物忘れ	
	<input type="checkbox"/> 介護拒否	<input type="checkbox"/> 自傷行為	<input type="checkbox"/> 妄想	<input type="checkbox"/> 暴力・暴言 <input type="checkbox"/> セクハラ行為	
	<input type="checkbox"/> 異食行為	<input type="checkbox"/> 不潔行為	<input type="checkbox"/> 失語	<input type="checkbox"/> 過食・拒食 <input type="checkbox"/> うつ・抑うつ	
<input type="checkbox"/> その他（ ）					
頻度 <input type="checkbox"/> ほとんど毎日 <input type="checkbox"/> 週3～4回程度 <input type="checkbox"/> 週1～2回程度 <input type="checkbox"/> 月数回程度					
その他	障害者手帳等の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ）				

◎ご本人の介護状況 ※該当する項目の○印及び記入をお願いします。

介護に関する状況	起居動作	寝返り	自立	見守り	一部介助	全介助	行わず	使用用具		
		起き上がり	自立	見守り	一部介助	全介助	行わず	使用用具		
		立ち上がり	自立	見守り	一部介助	全介助	行わず	使用用具		
		立位保持	自立	見守り	一部介助	全介助	行わず	使用用具		
		座位保持	自立	見守り	一部介助	全介助	行わず	使用用具		
		移乗	自立	見守り	一部介助	全介助	行わず	使用用具		
		移動	自立	見守り	一部介助	全介助	行わず	使用用具		
	食事	食事摂取	自立	見守り	一部介助	全介助	摂取量	多い	普通	少ない
		飲料摂取	自立	見守り	一部介助	全介助	摂取量	多い	普通	少ない
		主食形態	米飯	おにぎり	軟飯	粥	ペースト	その他		
		副食形態	普通	一口大	ソフト	きざみ	ペースト			
	排泄	昼間	自立	見守り	一部介助	全介助	行わず	場所		
		使用物品	綿パンツ	紙パンツ	パット	オムツ	その他			
		夜間	自立	見守り	一部介助	全介助	行わず	場所		
		使用物品	綿パンツ	紙パンツ	パット	オムツ	その他			
		便通	正常	便秘		日/回	下剤等			
	保清	洗顔等	自立	見守り	一部介助	全介助	行わず	使用用具		
		口腔ケア	自立	見守り	一部介助	全介助	行わず	入歯	有	無
		入浴	自立	見守り	一部介助	全介助	行わず	使用用具		
		洗身	自立	見守り	一部介助	全介助	行わず	その他		
	衣装着脱	上着	自立	見守り	一部介助	全介助	行わず	その他		
		ズボン	自立	見守り	一部介助	全介助	行わず	その他		
	視力		普通		やや見えにくい	かなり見えにくい	全く見えない			
	聴力		普通		やや聞こえない	かなり聞こえない	全く聞こえない			
	意思の伝達		普通		やや伝えにくい	かなり伝えにくい	伝えられない			

◎ご本人の生活状況 ※わかる範囲でご記入をお願いします。

生活状況	出身地		生活地	
	過去の仕事			
	趣味			
	嗜好品			
	生活習慣			

◎ご本人の経済状況 ※わかる範囲でご記入をお願いします。

経済状況	入居希望者の収入状況	月額	円
	介護負担割合証		割
	介護負担限度額認定証	無	有 (有の場合 段階)
	ご家族の経済的援助	無	有 (月額 円)

◎その他


◎介護者の状況 ※該当する項目の□にレ印及び記入をお願いします。

主たる介護者等の状況	ふりがな			性別	生年月	明・大・昭・平	続柄		
	氏名			男・女	日	年 月 日			
	就労状況	<input type="checkbox"/> 就労していない。 <input type="checkbox"/> 就労している。(週 日、週 時間程度)							
	連絡可能日時	曜日	<input type="checkbox"/> 月	<input type="checkbox"/> 火	<input type="checkbox"/> 水	<input type="checkbox"/> 木	<input type="checkbox"/> 金	<input type="checkbox"/> 土	<input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 問わず
		時間	<input type="checkbox"/> ( )						<input type="checkbox"/> 問わず
	健康状態	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病弱・要入院加療( か月程度・病名 ) ・入院していないが継続的な治療を要する・病名 ( ) ・慢性疾患等で定期的に通院中・病名 ( )							
身体状況 要介護度	<input type="checkbox"/> 障害有( 級・障害の種類: ) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(要支援・要介護 1・2・3・4・5) <input type="checkbox"/> 無								
他に 対応を 要する 家族の 有無	<input type="checkbox"/> 他に 対応を 要する 家族は いない。 <input type="checkbox"/> 育児の 必要な 家族が いる(子 どもの 年齢 歳) <input type="checkbox"/> 3か月 以上看 病(付添) の必要 な家族 がいる。 (自宅療 養・入 院中) <input type="checkbox"/> 入所希 望者以 外に介 護の必 要な家 族が いる。該 当する ものを○ で囲ん でくだ さい。 要介護 度(要支 援・要 介護 1・ 2・3・ 4・5) ※ <input type="checkbox"/> 介護 の必要 な障害 を有す る家族 が いる。 ( 級・障 害の種 類: )								
介護協 力者の 有無	<input type="checkbox"/> 協力し てくれ る人は いない。 <input type="checkbox"/> 親族以 外の協 力者(近 隣者な ど)が いる。 <input type="checkbox"/> 同居以 外の親 族に協 力者が いる。 <input type="checkbox"/> 同居親 族に協 力者が いる。								

◎家族の状況

家族状況	配偶者	無	有	配偶者の状況			
	子	無	有	名	男		女
緊急時 対応親族	氏名			続柄			
	氏名			続柄			

※申込書に添えて次の書類を提出してください。

- 1 入居希望者の介護保険被保険者証・介護負担割合証のコピー
- 2 直近のサービス利用表及び別表(写) ……現在、在宅でお過ごしの方のみ提出してください。

施設使用欄

経過等(施設記入)								
ショートロング説明	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 検討 <input type="checkbox"/> 有 (利用希望時期 <input type="checkbox"/> すぐにでも <input type="checkbox"/> 月~ <input type="checkbox"/> 未定)							
入居評価点								
評価点	1-1		1-2		1-3		1-4	合計点
	2		3-1		3-2			
備考欄								