

指定介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)入所申込書

指定介護老人福祉施設 特別養護老人ホーム  関生園  
 明生園  
 地域密着型介護老人福祉施設 特別養護老人ホーム  真生園

申込日 令和 年 月 日

【受付施設：関・明・真】

【受付者：】

施設長 様

申込書記入者

ご本人  
 ご家族  
 代理人

住所	〒		
ふりがな	本人との続柄		
氏名			
電話番号	( )		

次の者が貴施設に入所したいので申し込みます。

ふりがな					性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢	歳		
ご本人の氏名 (入所希望者)					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		一関市・その他			
	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 <input type="checkbox"/> 申請中・区分変更中								
	認定期間	平成・令和 年 月 日 ~ 年 月 日								
介護者の状況	ふりがな					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	<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(ヘルパー) <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"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> 通所介護(デイ) <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	病院又は施設名					電話番号	入院等の時期(平成・令和 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									
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	<input type="checkbox"/> 当施設のみ申込み		<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む				
		※ 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	後期高齢・他( )		年金種別	国民・厚生・共済・遺族・障害・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。

※裏面も記入願います。

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 【トイレの使用】 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 【オムツ使用】 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 昼夜 <input type="checkbox"/> 夜のみ <input type="checkbox"/> 紙オムツ <input type="checkbox"/> リハパン <input type="checkbox"/> 尿取パッド		
		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・歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <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			
	備考			
聴 力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 大声が聞き取れる			
	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			
	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			
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"/> 上記で、重度(認知症自立度がⅢA以上)である	<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
【特記事項記入欄】				
【状況変更事項記入欄】				