

特別養護老人ホーム 入所申込書(その1)

申 込 日	令和 年 月 日	受付者
受 付 日	令和 年 月 日	

特別養護老人ホーム光響荘 施設長様

【申込者】

住所	〒	
(ふりがな) 氏名		本人との関係
電話番号	(自宅)	(携帯)

特別養護老人ホームへ入所したいので、次のとおり申し込みます。

本	(ふりがな) 氏名		性別	保 険 者	
			男	被保険者番号	
	生年月日	年 月 日 (歳)	女	要介護度	1・2・3・4・5
	住 所	〒	介 護 認 定 期 間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	
人	現在利用している 在宅サービスの 状況	1 訪問介護 (ヶ月に 回/ 週間に 回)	6 通所リハビリテーション (ヶ月に 回/ 週間に 回)		
		2 訪問入浴介護 (ヶ月に 回/ 週間に 回)	7 短期入所生活介護 (ヶ月に 回/ 週間に 回)		
		3 訪問看護 (ヶ月に 回/ 週間に 回)	8 短期入所療養介護 (ヶ月に 回/ 週間に 回)		
		4 訪問リハビリテーション (ヶ月に 回/ 週間に 回)	9 福祉用具の貸与・購入費の支給 ()		
		5 通所介護 ()	10 その他 ()		
		<input type="checkbox"/> 施設や病院に入っている 施設または病院名: 所在地(市町村) 入所・入院期間 令和 年 月 日 から			
の	担当ケアマネージャー又は は相談員	事業所名	電話番号	担当者名(フリガナ)	
	医 療 的 措 置 の 状 況	【現在治療中の病気等】 1点滴 2中心静脈栄養 3透析 4人工肛門 5酸素療法 6人工呼吸器 7気管切開 8疼痛管理 9経管栄養 10カテーテル 11褥瘡 12インスリン 【病名・既往歴】			
状	入 所 を 希 望 す る 理 由 ↓ 当てはまるもの一つに○を し()の中に具体的な 理由を書いてください	1 身寄りがない若しくは家族等がいても疎遠であるなど介護するものがない ()			
		2 家族等はあるが、地理的に離れている若しくは病院等に長期入院中などの状況により事実上介護が不能 ()			
況		3 介護する者はあるが、要介護状態、病気療養中、障害を有するなどの状況にあり十分な介護が困難 ()			
		4 介護する者はあるが、要支援状態、高齢等の状況にあり、十分な介護が困難 ()			
		5 介護する者はあるが、複数の介護や育児を行っているなど、十分な介護が困難 ()			
		6 介護する者はあるが、就業しているため、十分な介護が困難 ()			

特別養護老人ホーム 入所申込書(その2)

介護者の状況	主たる介護者	(ふりがな)	性別	本人との関係
		氏名		
		生年月日	年 月 日 (歳)	
	同居の区分	1同居 2別居(住所: (連絡先: 3就労状況 あり なし		
その他	※ 下記、該当する内容があれば丸を付けてください			
	1 住環境(廊下・階段・便所・浴室等の住宅改修が困難)が介護に適さない			
	2 介護老人保健施設や病院に入所(入院)しており、退所(退院)後も在宅生活が困難			
身体状況	3 施設が所在する市町村に家族等が居住しているため			
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り(むせる・むせない) <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (食事の種類)(主食) <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー (副食) <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ミキサー		
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (おむつの使用) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 昼夜 <input type="checkbox"/> 夜のみ (排泄の拒否) <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> なし		
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (協力動作) <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> なし		
	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 (協力動作) <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> なし		
	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 (歩行) <input type="checkbox"/> つかまり歩き <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 寝たきり		
	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 人の動きがわかる程度 <input type="checkbox"/> ほとんど見えない (眼鏡使用) <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> なし		
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 大声が聞きとれる <input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない (補聴器使用) <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> なし		
	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 <input type="checkbox"/> 筆談		
	【補足すべき身体の状態について、具体的に記載してください】			
その他	入所を希望する時期	1 今すぐ入所したい 2 年 月頃までには入所したい		
	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 施設名:		
	居宅において日常生活を行うことが困難であることについてのやむを得ない事由 (要介護度1又は2のみ)			
説明	入所判定及び入居待機者の状況把握に必要な場合は、施設や市町村、居宅介護支援事業所等から必要な情報を得ることに同意します。			
確認	令和 年 月 日			
	入所希望者氏名:			

※1 介護保険者証(写し)を添付してください。

※2 現在利用している在宅サービスの状況の()内には、その具体的内容を記入してください。

※3 入所を希望する理由の()内には、その具体的理由を記入してください。

※4 申込み内容に変更が生じた場合は、施設に連絡し指示を受けてください。