

介護老人福祉施設入所申込書

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。

申込日	年	月	日
-----	---	---	---

〒	
住所	
氏名	
電話	携帯電話

特別養護老人ホームに入所したいので、次のとおり申し込みます。

申し込み先 (入所希望施設)	特別養護老人ホームかもめの森	保険者	木更津市 富津市	君津市 その他()	袖ヶ浦市
(フリガナ)		性別	被保険者番号		
氏名		男・女	要介護度		
生年月日	大・昭 年 月 日()歳	要介護 認定期間	年 月 日から 年 月 日まで		
現住所	〒 ー 電話番号 ()				
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」は記入して下さい。 ◇施設名又は病院名: _____ ◇所在地(市区名のみ) _____ ◇入所又は入院時期:平成 年 月から入所・入院している				
入所を希望する理由 (該当するものすべてを 選んで下さい)	<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"/> 居住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()				
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()				
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。 ◇既に申し込んでいる他の施設名 () ◇今後申し込む予定の他の施設名 ()				
主たる介護者	(フリガナ)		性別	本人との関係	
	氏名		男・女	生年月日	大・昭・平 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】 ご希望の居室 : ユニット 多床室 介護保険負担限度額認定書 : <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
居宅支援事業所	事業所名				
	T E L				
	ケアマネージャー氏名				

1 主たる介護者・家族等の状況

様

世帯の状況	独居 高齢者世帯 その他
①介護者の年齢・続柄	*主に見ている人の年齢は必ず記入
②介護者の介護負担	重い やや重い 軽い 負担なし
③介護者の障害や疾病	無・有()
④介護者の就労	無・有(職種等 日/週、 時間/日)
他の要介護者	無・有(要支援、 要介護 1, 2, 3, 4, 5)
⑤介護者の育児、家族の病気	無・有()
⑦他の同居介護補助者	無・有(続柄 日/週程度)
⑧別居血縁者介護協力	無・有(続柄 日/週程度)
⑨近隣者等の介護協力	ほとんどなし 随時あり 常時あり

*同居中の家族構成を記入して下さい。

2 在宅サービス利用度

在宅サービス限度額割合	60%以上 50%以上 30%以上 30%未満
-------------	-------------------------

※直近3か月の利用表の持参がない方は、現在の利用状況のサービスを聞き記入する。

(デイサービス・ヘルパー・S. S・訪問入浴・訪問看護等)

3 身体状況

歩行	自立 シルバーカー サークル 杖歩行 介助歩行 車椅子 歩行不可
排泄	自立 一部介助 介助で可 誘導必要 ポータブル使用 リハビリパンツ使用 オムツ使用(常時・夜間のみ)
食事	自立 誘導必要 見守り必要 一部介助 全介助
入浴	自立 一部介助 全介助必要 清拭のみ 入浴サービス等利用(訪問入浴・施設入浴)

4 精神状況

問題なし・認知症・精神疾患()・その他() (症状) 新しい記憶困難・場所等がわからなくなる・昼夜逆転している・放尿・放便 オムツ外しがある・食べ物以外なんでも食べてしまう・徘徊をする 妄想・幻覚・幻聴・暴力・暴言・その他()

*問題行動がある場合に○をする。頻度を記入。毎日・月・週にどれくらいか。

様式2-2

5 その他の身体状況

視力(支障なし・弱視・全盲) 聴力 (支障なし・やや難聴・難聴)
言語 (支障なし・障害有り)
麻痺 無・有 (右上肢・右下肢・左上肢・左下肢・その他)

6 既病歴について

既病歴	発症日	医療機関	病状と経過
	年 月		
	年 月		
	年 月		
	年 月		
	年 月		
	年 月		
	年 月		

7 ※ 調査者の意見 (施設職員記入)

記載者氏名	印