

特別養護老人ホーム等入所申込書

申込者(連絡先)

申込日	令和 年 月 日
受付日	令和 年 月 日

〒	:
住所	:
氏名	:
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。(ご提出の際は介護保険証の写しを添付してください)

申し込み先 (入所希望施設)		介護保険 負担割合		1・2・3 割負担			
入所希望者の 状況	(フリガナ)	性別	介護保険 被保険者番号				
	氏名	男・女	要介護度	1	2	3	4・5
	生年月日	明・大・昭 年 月 日()歳	要介護 認定期間	令和 年 月 日 から	令和 年 月 日 まで		
	現住所	〒 —					
	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: _____ 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)	※入所申込ができるのは原則として要介護度3以上の方です。 (要介護度1・2の方については、入所を必要とするやむを得ない理由が必要となります) <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()					
	入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 令和 年 月頃までに入所したい					
	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。 ◇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】						

状 況 票

令和 年 月 日記入

氏名 <small>ふりがな</small>		男・女	M・T・S	年	月	日生	
現況	独居・高齢者世帯・家族同居 入院中(病院名)・入所中(施設名)						
所得状況	生活保護適用	無・有 (開始日 年 月 日より)					
	年金等(本人)	年間収入額 ()					
	課税状況(本人)	市民税非課税・市民税課税・所得税課税					
障害者手帳	無・有 級 障害の部位 視覚・聴覚・上肢・下肢・その他()						
介護の状況	主たる介護者 氏名	年齢	性別	続柄			
	就労状況等	就業中・共働き・育児・その他()					
	介護期間	年 月 頃から	その他の介護者 無・有 名				
	介護協力者	非常に負担・普通・それほどでもない		負担度	常時・時々・昼のみ・夜のみ・他()		
	相談窓口	無・有(介護事業所・役所・あんしんケアセンター・その他())					
		居宅介護支援事業所名	ケアマネージャー名				
同居家族の状況	氏名(フリガナ)	続柄	年齢	職業	健康状態等		
別居親族の状況	氏名(フリガナ)	続柄	年齢	職業	住所		
住環境	区分	持ち家・借家・公営住宅・アパート・高層住宅 階 (エレベーター 有・無)					
	住宅改修	可・不可・改修済 ()					
	立地等	在宅サービス利用に問題点 無・有 (送迎・訪問・その他)					

生活状況	移動	歩行・杖・歩行器・車椅子・ストレッチャー		介助	自立・一部介助・全介助	
	食事	主) 普通・かゆ・ミキサー (箸・スプーン)		介助	自立・一部介助・全介助	
		副) 普通・一口大・きざみ・極きざみ・ミキサー		介助	自立・一部介助・全介助	
	排泄	トイレ・ポータブル・尿器・便器・おむつ		介助	自立・一部介助・全介助	
	入浴	個別浴槽・機械浴 (チェア・ストレッチャー)		介助	自立・一部介助・全介助	
	送迎時の介助	車椅子・ストレッチャー 要 ・ 不要				
身体状況	視力	普通・見えにくい・見えない	理解力	普通・分かりにくい・分からない		
	聴力	普通・聞こえにくい・聞こえない	身長	Cm		
	発語	普通・やや不自由・不自由	体重	Kg		
精神状況	精神状態	安定・不安定 (幻覚・興奮・攻撃・他)				
	認知症	無・有 ()				
	問題行動 (周辺症状)	無・有 (徘徊・不潔行為・他)				
健康状態	現疾患			病歴		
	主治医	病院名： 医師名：		Tel		
	医療の状況	経管栄養・胃ろう・カテーテル・人工肛門・インシュリン・在宅酸素・ その他 ()				
	感染症	無・有 ()	アレルギー	無・有 ()		
	皮膚刺激	普通・弱い	麻痺	無・有 ()		
	便秘	無・有 (服薬：無・有)	拘縮 ^{こうしゆく}	無・有 ()		
	睡眠	良・不良 (服薬：無・有)	褥瘡 ^{じよくそう}	無・有 ()		
	嚥下 ^{えんげ}	異常なし・むせる・つめる		湿疹	無・有 ()	
	残歯	無・有 (上・下) 義歯 無・有 (上・下)	口腔保清	要・不要 ()		
受診状況等	病院名 (施設名)	病名	入院・入所・通院期間		通院頻度	
特記事項【介護上の悩み・困っていること等】						

入所希望者調査票

令和 年 月 日記入

入所希望者名 _____ 様

- 1 主たる介護者にお聞きします。介護負担感はありますか。
・ 非常にある ・ ある ・ ややある ・ ない

どのような時に介護負担感を感じますか。

[]

- 2 ご本人の他に要介護者はいますか。
・ いる ・ いない

(いる場合) 介護度はいくつですか。

- ・ 要支援1 ・ 要支援2 ・ 要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5

- 3 主たる介護者は就労していますか。
・ している ・ していない
就労形態は ・ 常勤 ・ 非常勤
一日あたりの就労時間 (時間)
一週間あたりの就労日数 (日)

- 4 主たる介護者は障害や疾病をお持ちですか。
・ ある ・ ない

差し支えない範囲で具体的にお聞かせ下さい。

[]

- 5 主たる介護者は、育児または家族が病気のため看病をしなければならないことがありますか。
・ ある ・ ない

差し支えない範囲で具体的にお聞かせ下さい。

[]

- 6 周囲から介護への協力はありますか。該当するものに丸を付けて下さい。
・ ある ・ ない

差し支えない範囲でお聞かせください。

[]

