

特別養護老人ホーム入所申込書

申込日 平成 年 月 日  
 受付日 平成 年 月 日

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。

〒	—
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。

入 所 希 望 の 状 況	申し込み先 (入所希望施設)		性別	保険者						
	(フリガナ)		性別	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	平成 年 月 日から 平成 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：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								
	入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 平成 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	明・大・昭 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】								

※「介護保険被保険者証（写）」・直近3ヶ月分の「サービス利用票及び別表（写）」を添付してください。

# 心身状況票

食事	摂取	<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"/> 経口摂取不可	
	食事形態	主食	<input type="checkbox"/> 常食	<input type="checkbox"/> 軟飯	<input type="checkbox"/> 粥	<input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他( )	
		副食	<input type="checkbox"/> 常食	<input type="checkbox"/> 刻み	<input type="checkbox"/> みじん	<input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他( )	
嚥下	<input type="checkbox"/> むせない	<input type="checkbox"/> 時々むせる	<input type="checkbox"/> 毎回むせる	<input type="checkbox"/> トロミ剤 ( <input type="checkbox"/> 使用する <input type="checkbox"/> 使用しない )			
排泄	動作	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 誘導・一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助			
	尿意	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ない			
	便意	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ない			
	下着	<input type="checkbox"/> 布パンツ	<input type="checkbox"/> リハビリパンツ( <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夜 )	<input type="checkbox"/> オムツ( <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夜 )	<input type="checkbox"/> パット( <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夜 )		
	場所	<input type="checkbox"/> トイレ	<input type="checkbox"/> ポータブルトイレ	<input type="checkbox"/> 尿器	<input type="checkbox"/> その他( )		
入浴	動作	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
	方法	<input type="checkbox"/> 家庭用浴槽	<input type="checkbox"/> 施設一般浴	<input type="checkbox"/> 施設機械浴			
	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		
	拒否	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> 強くある			
動作等	移動方法	<input type="checkbox"/> 自立歩行	<input type="checkbox"/> 杖歩行	<input type="checkbox"/> 歩行器	<input type="checkbox"/> 車椅子( <input type="checkbox"/> 自操 <input type="checkbox"/> 介助 )	<input type="checkbox"/> 寝たきり	
	立位	<input type="checkbox"/> 安定	<input type="checkbox"/> 支えがあれば可能	<input type="checkbox"/> 不安定	<input type="checkbox"/> 不可		
	座位	<input type="checkbox"/> 安定	<input type="checkbox"/> 支えがあれば可能	<input type="checkbox"/> 不安定	<input type="checkbox"/> 不可		
身体状況	視力	<input type="checkbox"/> 見える	<input type="checkbox"/> 見えにくい	<input type="checkbox"/> 見えない	<input type="checkbox"/> 眼鏡使用		
	聴力	<input type="checkbox"/> 聞こえる	<input type="checkbox"/> 聞こえにくい	<input type="checkbox"/> 聞こえない	<input type="checkbox"/> 補聴器使用		
	言語	<input type="checkbox"/> 話せる	<input type="checkbox"/> 聞き取りにくい	<input type="checkbox"/> 話せない			
	意思	<input type="checkbox"/> 疎通できる	<input type="checkbox"/> ある程度出来る	<input type="checkbox"/> 疎通できない			
	麻痺	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 ( 部位: )				
睡眠	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 時々眠れない	<input type="checkbox"/> 不眠	<input type="checkbox"/> 睡眠薬の使用( 名称: )			
嗜好品等	飲酒	<input type="checkbox"/> 飲まない	<input type="checkbox"/> 飲む( 量: )				
	タバコ	<input type="checkbox"/> 吸わない	<input type="checkbox"/> 吸う( 本数: 本/日 )				
認知症状	<input type="checkbox"/> 無						
	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 徘徊	<input type="checkbox"/> 不穏興奮	<input type="checkbox"/> 物忘れ	<input type="checkbox"/> 幻覚幻聴	<input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行為	
		<input type="checkbox"/> 暴言暴力	<input type="checkbox"/> 性的行為	<input type="checkbox"/> 介護抵抗	<input type="checkbox"/> 帰宅願望	<input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 感情不安定	
	<input type="checkbox"/> 被害妄想	<input type="checkbox"/> 大声を出す	<input type="checkbox"/> 収集癖				
	<input type="checkbox"/> ( その他 )						
※上記の内容を具体的にご記入ください(困っていることなど)							
性格	<input type="checkbox"/> 穏やか	<input type="checkbox"/> 親しみやすい	<input type="checkbox"/> 几帳面	<input type="checkbox"/> わがまま	<input type="checkbox"/> 短気	<input type="checkbox"/> 人に溶け込めない	
医療処置	<input type="checkbox"/> 無						
	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 胃ろう	<input type="checkbox"/> 鼻腔栄養	<input type="checkbox"/> 酸素療法	<input type="checkbox"/> インシュリン( /回、 <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕 <input type="checkbox"/> 就寝 )		
	<input type="checkbox"/> 吸引	<input type="checkbox"/> 気管切開	<input type="checkbox"/> 褥瘡処置	<input type="checkbox"/> カテーテル	<input type="checkbox"/> ストマ	<input type="checkbox"/> 膀胱ろう <input type="checkbox"/> 人工透析	
	<input type="checkbox"/> その他( )						
既往歴							
現病歴							
内服薬							
感染症	<input type="checkbox"/> 無						
	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 結核	<input type="checkbox"/> B型肝炎	<input type="checkbox"/> C型肝炎	<input type="checkbox"/> MRSA	<input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> 疥癬 <input type="checkbox"/> 緑膿菌	
	<input type="checkbox"/> その他( )						