

特別養護老人ホーム等入所申込書

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	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。

入所希望者の状況	申し込み先 (入所希望施設)	<input type="checkbox"/> 一倫荘(花見川・多床室) <input type="checkbox"/> 新千葉一倫荘 <input type="checkbox"/> いなげ一倫荘 <input type="checkbox"/> とどろき一倫荘 <input type="checkbox"/> かなめ一倫荘		保 険 者	(介護保険被保険者証記載の市区町村名)																				
	(フリガナ)		性別	被保険者番号	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																				
	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・令和 年 月 日から 平成・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:平成・令和 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・精神的負担が大きき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() ※要介護度1・2の方については、以下該当するものを回答してください。 <input type="checkbox"/> 認知症である者であって、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる。 <input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られる。 <input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難である。 <input type="checkbox"/> 単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である等により家族等による支援が期待できず、かつ、地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分である。																							
	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】																								

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()				