

奥湯村指定介護老人福祉施設 入所申込書 申込日 R 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

郵便 : -	居宅支援事業所名	
住所 :	担当ケアマネジャー	
氏名 : ()	電話番号	
電話 : ()	fax	

特別養護老人ホームに入居したいので次の通り申し込みします

1年以内の入所を希望 する ・ しない		保険者		
入居希望者の状況	(フリガナ)	性別	被保険者番号	
	氏名		要介護度	
	生年月日	M T S 年 月 日 ()	認定期間	
	現住所	〒 -		
	負担減免等	◇介護負担減免[段階] □なし ◇社会福祉減免[□あり □なし]		
	現況	□自宅で独居 □自宅で家族と同居 □施設や病院に入っている		
		「施設や病院等に入っている方」は記入をお願いします		
		◇施設名又は病院名:		
	◇入所又は入院時期: 年 月から 入所・入院している		年 月 日から	
	介護者等の状況	家族構成	□ア:独居 □イ:高齢者夫婦世帯 □ウ:ア/イ以外の世帯	
		介護者の有無	□ア:主介護者以外に必要時に協力あり □イ:介護者は1人のみ □ウ:いない	
		介護者の年齢	□ア:60歳未満 □イ:60~74歳 □ウ:75歳以上または介護者がいない	
		介護者の健康	□ア:健康である □イ:健康に不安を抱えている □ウ:介護者自身が要介護者	
		介護可能時間	□ア:十分に時間あり □イ:一部不在になる時間あり □ウ:ほとんど取れない	
		要介護者との関係	□ア:良好 □イ:介護は行っているが負担が強い □ウ:十分な介護ができていない	
生活・経済状況	福祉用具	□杖 □歩行器 □車椅子 □エアーマット □その他()		
	在宅サービス利用状況			
	住居	□施設・病院に入所(院)中 □自宅がある □帰る住まいがない		
主介護者	(フリガナ)	本人との関係	同居の区分	
	氏名		□同居 □別居()	
	意見	【介護上の困りごと】		
家族状況	【家族構成】	①緊急時連絡者	氏名 続柄() 住所	
		②緊急時連絡者	氏名 続柄() 住所	
	*介護協力者がいない場合は理由を記載してください			

入居希望者の状況	医療の状況		□経管栄養 □胃瘻 □在宅酸素 □インシュリン注射 □その他()		
			【主治医】		
			【現在治療中の病気・既往歴】		
	身体状況	体 型	身長	cm / 体重	kg
		口 腔 内	□自歯 □義歯あり(上 下 上下使用 ブリッジ使用)		
		嚥 下	□問題なし □多少のむせあり □困難		
		健 康 状 態	①安定している ②不安定な時が多い *②の時の状況は？[]		
		性 格	□おとなしい □穏やか □活発 □強い		
	生活歴		出生/学歴/職歴/結婚歴/子供等		
	申込状況について		□当施設の申し込みのみ □多施設を申し込んでいる、又は申し込む予定		
◇すで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()()					

【現在の状態についてできるだけ正確にご記入ください】

行動について、あてはまる番号に一つだけ□内にチェックをつけてください。

ア. 物を盗られたなどと被害的になることが	□ない	□時々ある	□ある
イ. 作話を周囲に言いふらすことが	□ない	□時々ある	□ある
ウ. 実際にはないものが見えたり、聞こえることが	□ない	□時々ある	□ある
エ. 泣いたり、笑ったりして感情が不安定になることが	□ない	□時々ある	□ある
オ. 夜間不眠あるいは昼夜の逆転が	□ない	□時々ある	□ある
カ. 暴言や暴力が	□ない	□時々ある	□ある
キ. しつこく同じ話をしたり、不快な音を立てることが	□ない	□時々ある	□ある
ク. 大声を出すことが	□ない	□時々ある	□ある
ケ. 助言や介護に抵抗することが	□ない	□時々ある	□ある
コ. 目的もなく動き回ることが	□ない	□時々ある	□ある
サ. 「家に帰る」等と言い落ち着きがないことが	□ない	□時々ある	□ある
シ. 外出すると病院、施設、家などに1人で戻れなくなることが	□ない	□時々ある	□ある
ス. 1人で外に出たがり目が離せないことが	□ない	□時々ある	□ある
セ. いろいろな物を集めたり、無断で持ってくるものが	□ない	□時々ある	□ある
ソ. 火の始末や火元の管理ができないことが (入所(院)中などで管理の必要がない場合は、ないとしてください)	□ない	□時々ある	□ある
タ. 物や衣類を壊したり、破いたりすることが	□ない	□時々ある	□ある
チ. 不潔な行為をおこなうことが	□ない	□時々ある	□ある
ツ. 食べられないものを口に入れることが	□ない	□時々ある	□ある
テ. ひどい物忘れ(認知の場合は、ないとしてください)	□ない	□時々ある	□ある

注1.申込受付後より必要に応じて入所の意思確認を行います。

受理日: R 年 月 日()

【受付者: 】

介護度に変更になった時、ご逝去された時、他の施設に入所された時には、ご連絡をお願い致します。

055-253-1165