

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)	特別養護老人ホームちとせ稲毛		介護 保 険 情 報	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	令 和 年 月 日 から 令 和 年 月 日 まで				
	現 住 所	〒 ー									
	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)	※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( )  ※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"/> 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】									

# 身体状況等調査票

入居希望者氏名： \_\_\_\_\_

記入日： 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

家族構成図			親族（続柄）	居住地	
生活・身体状況	食事	主) 普通・粥・ミキサー(箸・スプーン)	身長	cm	
		副) 普通・一口大・刻み・ミキサー	体重	kg	
	排泄	トイレ・ポータブル・尿器・オムツ	入浴	介助浴・座浴・寝台浴	
	移動	歩行・杖・歩行器・車椅子・移動不可	車椅子の場合	車椅子・スイング・リクライニング	
	視力	普通・見えにくい・見えない	眼鏡	無・有	
	聴力	普通・聞こえにくい・聴こえない	補聴器	無・有（右・左）	
	発語	普通・やや不自由・不自由	認知症	無・有（ ）	
	理解力	普通・分かりにくい・分からない	問題行動	無・有（ ）	
健康状況	現疾患			既往歴	
	主治医	病院名：	TEL：		
		診療科：	主治医：		
	感染症	無・有（ ）	アレルギー	無・有（ ）	
	嚥下	異常なし・むせる・つめやすい	経管栄養の場合	経鼻・胃ろう・腸ろう	
	入れ歯	無・有・部分（上・下）	褥瘡	無・有（ ）	
	便秘	無・有（服薬：無・有）⇒薬剤名（ ）			
	睡眠	良・不良（服薬：無・有）⇒薬剤名（ ）			
その他	介護期間	_____ 年 _____ 月頃から	その他の介護者 無・有（ _____ 名）		
	窓口相談	居宅介護支援事業所名：			
担当ケアマネジャー名：					
住環境	区分	持ち家・借家・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 _____ ）			
【介護上の悩み・困っていること】※ 別の用紙にお書きいただいても結構です。					

生活史に関する質問票（1）

項目	状況・できごと	良い思い出	辛かった事など
生まれた家 故郷			
環 境			
父・母			
兄 弟			
学 校			
仕 事			
結 婚			
子ども			
孫			
転 居			

生活史に関する質問票（2）

健康状態 (かかった病気など)	幼少～青年	
	壮年	
	高齢	
好きな食べ物 好きな飲み物		
嫌いな食べ物 嫌いな飲み物		
趣味		
対人関係 コミュニケーション		
口癖 大切にしている言葉		
大事な人		
大切なもの		
ご本人の生活 に対する意向		
ご家族の意向		
オムツ使用歴 (いつ頃から)		
車椅子使用歴 (いつ頃から)		
身体状況、機能訓練に 関する意向		
主観的な健康観、意欲 (心身の訴えを含む)		