

※入所判定に係る書類になりますので記入漏れがないようご確認ください。□欄は該当するものにチェックをして下さい（不明な点は、施設にご相談ください）

指定介護老人福祉施設入所申込書

特別養護老人ホームちとせ小町

申込日	年	月	日
-----	---	---	---

入所を希望する者	フリガナ		保険者名	
	氏名		被保険者番号	
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 () 歳	性別 (男・女)	
	現住所 (住所登録地)	(郵便番号 -)	電話番号 (- -)	
	認定状況	<input type="checkbox"/> 要介護認定を受けている 《申込日現在の介護度》 要介護 (<input type="checkbox"/> 1・ <input type="checkbox"/> 2・ <input type="checkbox"/> 3・ <input type="checkbox"/> 4・ <input type="checkbox"/> 5) 《認定有効期間》 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日まで <input type="checkbox"/> 区分変更申請中 (令和 年 月 日申請) <input type="checkbox"/> 更新申請中 (令和 年 月 日申請) 【負担割合証 割】 【負担限度額認定証 段階】 【障害認定】 <input type="checkbox"/> 身障 <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 難病		
現況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らし <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 (70歳以上のみ世帯) <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 施設や病院に入っている 施設名または病院名： 所在市町村： 市・町・村 入所または入院時期： 年 月 日から入所(入院)している			
入所を希望する理由 (該当するものはすべて選んでください。)	<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"/> 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等を求められているが、受け入れが困難なため。 <input type="checkbox"/> その他			
特例入所の申立 入所申込者が要介護1・2の場合	<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。 <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。			
指定介護老人福祉施設 特別養護老人ホームちとせ小町 施設長 殿 貴施設に入所を希望するため、申し込めます。 貴施設が入所判定に使用する目的で、居宅介護支援事業者、市町村、地域包括支援センター、病院、施設等から情報提供を受けることに同意します。また、市町村が居宅介護支援事業者等に、入所申込者の状況等を確認することに同意します。				
【連絡先】 (ふりがな) 氏名	自宅：	携帯：		
	住所：	入所者との関係 ()		

◎介護者・家族等の状況

※入所申込みに対する家族の同意についても記入してください

家族構成	続柄	氏名	年齢	入所希望者と	住所	電話	同意の有無
				同居 別居			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
				同居 別居			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
				同居 別居			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
				同居 別居			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
主たる介護者	フリガナ		生年月日		年齢	本人との関係	
	介護者氏名		<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成		歳		
	介護者の健康状態	<input type="checkbox"/> 健康 [] <input type="checkbox"/> 疾病 [] 疾病や障害がある場合、現在可能な介護は <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> 移動 <input type="checkbox"/> 着替え <input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> その他 ()					
	介護者及び家族の状況 介護負担やかかわり方について	① <input type="checkbox"/> 介護する者が要介護状態のため、介護困難な状態である ② <input type="checkbox"/> 同居する他の要介護者を介護している(介護度) ③ <input type="checkbox"/> 同居以外の要介護者を介護している(介護度) ④ <input type="checkbox"/> 就労等により日中家族が不在である ⑤ <input type="checkbox"/> 乳児 <input type="checkbox"/> 幼児 <input type="checkbox"/> 小学生 <input type="checkbox"/> 中学生 の世話をしている ⑥ <input type="checkbox"/> 介護負担が重い <input type="checkbox"/> 介護負担がやや重い <input type="checkbox"/> 介護負担が軽い <input type="checkbox"/> 介護負担なし ⑦ <input type="checkbox"/> 積極的にかかわりたい <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> やや消極的 <input type="checkbox"/> 非常に消極的 <input type="checkbox"/> かかわりたくない					
	介護者の就労	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 職種：		日/週		時間/日	
	介護場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> その他の施設に入所中					
	介護歴	年 月頃から介護している (期間：約 年)					
	介護協力者	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 週1～3日程度の協力あり (氏名 続柄) <input type="checkbox"/> 週4日以上 of 協力あり (氏名 続柄)					
入居希望者の状況	<input type="checkbox"/> 住む家がない (□家屋の取り壊し □借家契約の解除等 □その他 ()) <input type="checkbox"/> 居住不能 (□家の傾き □床板の腐食 □雨漏り □その他 ()) <input type="checkbox"/> 段差・手すり・浴室・居室の広さが介護に適さない <input type="checkbox"/> ベッドを置く場所がない <input type="checkbox"/> 生活空間が2階で上がれない <input type="checkbox"/> 廊下等が狭いなどで、手すり設置や段差解消ができない <input type="checkbox"/> 車いすや段差解消機等介護機器も利用できない <input type="checkbox"/> その他 []						

※太枠の中を全て記入して下さい (不明な点は、施設にご相談下さい)

※□欄は、該当するものにチェックをしてください

◎本人の状況について

本人氏名	
------	--

入居希望者の状況	食事	状態	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助 (経管栄養を含む)			
		主食	<input type="checkbox"/> 米飯	<input type="checkbox"/> 軟飯	<input type="checkbox"/> 全粥	<input type="checkbox"/> ゼリー粥	<input type="checkbox"/>		
		副食	<input type="checkbox"/> 常菜	<input type="checkbox"/> 粗刻み	<input type="checkbox"/> 刻み	<input type="checkbox"/> ソフト	<input type="checkbox"/> ミキサー		
		制限	塩分 <input type="text"/> g	<input type="text"/> ㎖	1日の総摂取カロリー:				
		水分	とろみ剤使用	<input type="checkbox"/> あり(<input type="text"/>)			<input type="checkbox"/> なし		
		嚥下	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 困難					
		アレルギー	<input type="checkbox"/> あり(<input type="text"/>)						<input type="checkbox"/> なし
		食思	<input type="checkbox"/> あり(<input type="text"/>)						<input type="checkbox"/> なし
		使用物品	<input type="checkbox"/> 箸	<input type="checkbox"/> スプーン	<input type="checkbox"/> フォーク	<input type="checkbox"/> 吸い飲み	<input type="checkbox"/> エプロン	<input type="checkbox"/> 自助具	
		コメント	<input type="text"/>						
	排泄	日中	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 誘導 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助						
			<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 尿バルーン <input type="checkbox"/> 尿器						
			<input type="checkbox"/> 布パンツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> 尿パット <input type="checkbox"/> オムツ						
			失禁 <input type="checkbox"/> あり(頻度 <input type="text"/>) <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> なし						
		夜間	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 誘導 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助						
			<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 尿バルーン <input type="checkbox"/> 尿器						
			<input type="checkbox"/> 布パンツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> 尿パット <input type="checkbox"/> オムツ						
	排便	排便周期(<input type="text"/> 日) 下剤使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(<input type="text"/>)							
	コメント	<input type="text"/>							
	入浴	状態	<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"/> 一般浴	<input type="checkbox"/> リフト浴	<input type="checkbox"/> 機械浴	<input type="checkbox"/> シャワー浴	<input type="checkbox"/> 清拭のみ		
		コメント	<input type="text"/>						
	移動	内容	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 補助用具(シルバーカー・歩行器) <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他						
		介助	<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"/> 操作可能 <input type="checkbox"/> 操作不可						
		寝返り	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 柵につかまれば向きをかえられる <input type="checkbox"/> 全介助						
		起き上がり	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 柵につかまり体を起こせる <input type="checkbox"/> 全介助						
		座位保持	<input type="checkbox"/> 背もたれなしで可能 <input type="checkbox"/> 背もたれありで可能 <input type="checkbox"/> 不可						
		立ち上がり	<input type="checkbox"/> 何もなしで立ち上がる <input type="checkbox"/> 手をついて立ち上がる <input type="checkbox"/> 介助必要 <input type="checkbox"/> できない						
移乗		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 軽介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助							
コメント	<input type="text"/>								

※太枠の中を全て記入し、□欄は該当するものにチェックをして下さい（不明な点は施設にご相談下さい）

◎医療について

	主	医療機関名	医療機関名
		医師名	医師名
	治	医療機関所在地	医療機関所在地
		電話番号	電話番号
	医	入所後の施設嘱託医への主治医変更 <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない	入所後の施設嘱託医への主治医変更 <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない
		医療機関名	医療機関名
	医	医師名	医師名
		医療機関所在地	医療機関所在地
	医	電話番号	電話番号
		入所後の施設嘱託医への主治医変更 <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない	入所後の施設嘱託医への主治医変更 <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない
入居希望者状況	医療の状況	<input type="checkbox"/> 胃ろう（バルーン型・バンパー型）（栄養剤 <input type="checkbox"/> ）（1日 <input type="checkbox"/> カロリー） 朝（ <input type="checkbox"/> ）白湯（ <input type="checkbox"/> cc） 昼（ <input type="checkbox"/> ）白湯（ <input type="checkbox"/> cc） 夕（ <input type="checkbox"/> ）白湯（ <input type="checkbox"/> cc） <input type="checkbox"/> 在宅酸素（連続・同調 <input type="checkbox"/> ℓ） <input type="checkbox"/> インシュリン注射（朝 <input type="checkbox"/> 単位・昼 <input type="checkbox"/> 単位・夕 <input type="checkbox"/> 単位） <input type="checkbox"/> スケール打ち <input type="checkbox"/> 固定打ち <input type="checkbox"/> 血糖値測定（頻度 <input type="checkbox"/> ） <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 喀痰吸引（1日 <input type="checkbox"/> 回） <input type="checkbox"/> 膀胱瘻 <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル（最終交換日 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日） <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> ポート造設 <input type="checkbox"/> 褥瘡処置（部位 <input type="checkbox"/> ・薬剤 <input type="checkbox"/> ） <input type="checkbox"/> 末期がん <input type="checkbox"/> 人工肛門ストマ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> その他（ <input type="checkbox"/> ）	
		現病名（治療中のものすべて詳細に記載）	
		既往歴（発症日、対応した病院、入院履歴など詳細に記載）	
		現在の治療・投薬（サプリ、市販薬含めて記入）薬情での提出可	
予防接種	コロナワクチン接種： <input type="checkbox"/> 回目 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日 インフルエンザ接種： <input type="checkbox"/> 接種済み <input type="checkbox"/> 未接種		
	D N A R 心停止・呼吸停止（急変時）の蘇生を希望されますか <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない 終末期を迎えたい場所はどこですか <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 現在はわからない		
感染症	肝炎	MRSA	皮膚
			その他

