

特別養護老人ホーム入所申込書

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。

申し込み先 (入所希望施設)	みはま苑		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
生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日()歳		要介護 認定期間	年 月 日 から 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: _____ 年 月 から入所・入院している							
入所希望者の 状況 (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"/> _____ 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					
	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】						

様式2

特別養護老人ホーム等入所調査票

1 本人の状況

要介護度	要 介 護	1	2	3	4	5
日常生活自立度	Ⅲa以上	Ⅱa・Ⅱb		I	自立	

2 主たる介護者・家族等の状況

世帯の状況	独 居	高 齢 者 世 帯	そ の 他
介護者の年齢・続柄			
介護者の介護負担	重 い	や や 重 い	軽 い 負 担 な し
介護者の障害や疾病	無・有(
介護者の就労	無・有(職種等 日/週、 時間/日)		
他の要介護者	無・有(要支援、 要介護 1, 2, 3, 4, 5,)		
介護者の育児、家族の病気	無・有(
介護者の介護の関わり方	消 極 的	や や 消 極 的	普 通 積 極 的
他の同居介護補助者	無・有(続柄 日/週程度		
別居血縁者介護協力	無・有(続柄 日/週程度		
近隣者等の介護協力	ほ と ん ど な し	随 時 あ り	常 時 あ り

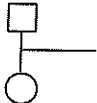
4 意見【介護をしているうえで困っていること等】

記載者氏名 _____ 印

※できるだけご担当のケアマネージャーさんなどに

記入者

ご記入をお願いして下さい。

家族構成 (主に 関わっている 方々をご記入 下さい)					
病歴・手術歴					
お薬(飲み薬、 塗り薬等)					
申込みの経緯					
身長	cm	体重	kg	血压	/
視力	普通・大きい字・物の輪郭・盲・眼鏡(有・無) ()				
聴力	普通・やや大きい声・大声・聾・補聴器(有・無) ()				
言語	普通・やや聞き取りにくい・かなり聞き取りにくい・啞 ()				
麻痺	無し・右麻痺・左麻痺・両麻痺(上・下) ※立位 可・不可				
移動	方法	独歩・歩行器・シルバーカー・車椅子(自操可・不可)・リクライニング型			
	介助	自立・見守り・一部介助・全介助 ()			
排泄	方法	トイレ・Pトイレ・尿器・パット・紙パンツ・オムツ・バルーンカテーテル			
	介助	自立・誘導・見守り・一部介助・全介助			
入浴	方法	一般浴・個別浴・リフト浴(車いすのまま)・特浴(寝たまま)			
	介助	自立・見守り・一部介助・全介助 ()			
着脱	介助	自立・見守り・一部介助・全介助 ()			
食事	主食	常食・軟飯・おにぎり・全粥・ペースト		経管	鼻腔・胃ろう
	副食	常菜・一口大・刻み・極刻み・ペースト		栄養	
	介助	自立・見守り・一部介助・全介助 ※平均摂取量 全量・8割・5割以下			
疎通 認知	疎通	普通・簡単な事柄のみ・不可能			
	認知症	無・軽度・中度・重度(健忘・昼夜逆転・暴言・暴行・徘徊・放尿・その他) ()			
夜間	睡眠	良眠・不眠 ()			
※過去にアレルギーを起こしたことがありますか? 食品・薬剤・その他 ()					
特記事項					

○担当の介護支援専門員(ケアマネージャー) 事業所名:

担当者名:

○上記ご記入内容に関してのみ、担当ケアマネージャーに情報を伺ってよろしい場合は下記にご同意ください。

特養申請に関する情報に関してのみ、個人情報をお伺いすることに 同意します ・ 同意しません