

(様式第1号)

特別養護老人ホーム 永寿苑 入所申込書 (その1)

申込日	平成 年 月 日
受付日	平成 年 月 日

特別養護老人ホーム 永寿苑 施設長 様

【申込者】 ※ 日中、連絡の付きやすい電話番号をご記入下さい。

住所	〒	
(ふりがな) 氏名		本人との関係
電話番号		

貴苑に入所を希望しますので、次のとおり申し込みます。

	(ふりがな) 氏名		性別	保険者	
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 ( 歳)	男・女	被保険者番号	
	住所	〒	要介護	1・2・3・4・5	
			担当ケアマネ		
本人の状況	現在利用している在宅サービスの状況 (※2)	1 訪問介護 ( ) ( )	6 通所リハビリテーション ( ) ( )		
		2 訪問入浴 ( ) ( )	7 短期入所生活介護 ( ) ( )		
状況	入所を希望する理由 (※3)	3 訪問看護 ( ) ( )	8 短期入所療養介護 ( ) ( )		
		4 訪問リハビリテーション ( ) ( )	9 福祉用具レンタル ( ) ( )		
		5 通所介護 ( ) ( )	10 その他 ( ) ( )		
		1 介護者がいないため 2 介護者がいるが、障害や疾病の状況にあり介護が困難なため 3 介護者がいるが、高齢等のため十分な介護が困難なため 4 介護者がいるが、就業しているため十分な介護が困難なため 5 介護者がいるが、育児又は家族が病気の状況にあり、十分な介護が困難なため 6 介護保険施設に入所しているが、替わりたいため 7 その他 ( )			

特別養護老人ホーム 永寿苑 入所申込書 (その2)

本人の状況	施設等に入院・入所の場合	施設名(病院名)			
		所在地			
		入所及び入院期間			
	医療的処置 (該当するもの全て選んで下さい。)	1 カテーテル 4 酸素療法 7 その他	2 ストマ(人口肛門) 5 インシュリン注射	3 経管栄養 6 疼痛看護	
	現在治療中の病気	病名		医療機関	
		病名		医療機関	
		病名		医療機関	
	認知症等による不適応行為	1 非常に多い    2 やや多い    3 少しあり    4 なし (状況等)			
	身体状況	歩行	1 自立            2 補助具により可(杖・歩行器)            3 歩行介助 4 車椅子使用    5 歩行可能		
食事			1 自立            2 見守り            3 一部介助            4 全介助		
		主食	a 普通    b 粥            c ペースト    d 流動食(経口・経管)		
副食		a 普通    b 一口大    c 刻み            d ペースト			
排泄		1 自立            2 見守り            3 一部介助            4 全介助 (a ポータブルトイレ使用    b 尿・便器使用    c おむつ使用)			
入浴		1 自立            2 見守り            3 一部介助            4 全介助			
更衣		1 自立            2 見守り            3 一部介助            4 全介助			
視力		1 普通            2 やや悪い            3 悪い            4 ほとんど見えない			
聴力		1 普通            2 やや悪い            3 悪い            4 ほとんど聞えない			
言語		1 普通            2 聞き取りにくい            3 ほとんど話せない			
理解力		1 普通            2 やや低下            3 低下			
麻痺	有・無	(右・左手・足)			
その他 (特にあれば記入してください。)					

特別養護老人ホーム 永寿苑 入所申込書 (その3)

介護者の状況	主に介護する方 (キーパーソン)	(ふりがな)		性別		本人との関係	
		氏名		男	女		
		生年月日	明・大・昭	年	月	日	( 歳)
		同居の区分	1 同居 2 別居 (住所: )				
	主に介護する方の就労状況		主に介護する方の健康状況		主に介護する方の家族の状況		
	有 (常勤・パート) 時間 無		良好 不良( )		良好 不良の方が居る ( )		
	主に介護する方の育児状況		( )				
	有 (程度)常時の育児が必要 無		半日育児が必要	時々の育児が必要 常時の看病 半日の看病が必要 時々看病が必要			
	主に介護する方は他の方の介護をしていますか。						
	有 (程度)常時の介護が必要 無		半日介護が必要	時々の介助が必要			
上記介護者以外の 方の介護の可能性	(ふりがな)		性別		本人との関係		
	氏名		男	女			
	同居の区分	1 同居 2 別居 (住所: )					
	介護の可能性	1 介護可能 2 多少介護可能 3 介護困難					
その他	入所を希望する時期	1 今すぐ入所したい。 2 年 月頃までに入所したい。					
	申し込みの状況	1 当該施設のみ申し込み。 2 他の施設に申し込んでいる。 施設名 :					
	待機期間	年 月					
説明確認	私は、入所申し込みの際、入所決定の手続き及び入所の必要性を評価する基準等について、施設から説明を受けました。 平成 年 月 日 氏名						

- ※ 1 介護保険被保険者証(写)を添付して下さい。  
ご用意出来るようでしたら、認定調査票(写)、主治医意見書(写)も添付して下さい。
- ※ 2 現在利用している在宅サービスの状況の( )内には、その具体的内容を記入して下さい。
- ※ 3 入所を希望する理由の( )内には、その具体的理由を記入して下さい。
- ※ 4 申込内容に変更が生じた場合(要介護度変更等)、又は入所申込みを取り下げる場合(他施設入所、お亡くなりになられた場合等)、必ず、当施設に連絡お願い致します。