

指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護(小規模特別養護老人ホーム)入居申込書

申込日 令和 年 月 日

指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護:地域密着型特別養護老人ホーム あけぼの苑 施設長 様

申込者
ご本人
ご家族
代理人

住所	〒		
ふりがな		本人との続柄	
氏名			
電話番号	()		

次の者が貴施設に入居したいので申し込みます。

ふりがな				性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢	歳	
ご本人の氏名				生年月日	明・大・昭	年 月 日		
本人の現住所	〒			電話番号	()			
郵便等の送付先	<input type="checkbox"/> 同上	<input type="checkbox"/> 上記以外	住所	〒				
要介護認定状況	被保険者番号(右詰め)			保険者				
	要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 ※ 市町村への照会: 年 月 日 結果: <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5						
	認定期間	年 月 日 ~ 年 月 日						
介護者の状況	ふりがな				性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	続柄	
	氏名				生年月日	年 月 日	年齢	歳
	居住状況	<input type="checkbox"/> 同居	<input type="checkbox"/> 別居(住所)					
	疾病	<input type="checkbox"/> あり(具体的な症状や治療の頻度) <input type="checkbox"/> なし						
	就労	<input type="checkbox"/> 働いている		<input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 会社等勤務(<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> パート等) <input type="checkbox"/> その他()				
		<input type="checkbox"/> 働いていない(<input type="checkbox"/> 介護に専念 <input type="checkbox"/> 高齢 <input type="checkbox"/> 健康不安 <input type="checkbox"/> その他()						
複数介護	<input type="checkbox"/> 申込者以外の介護や育児あり(具体的に:) <input type="checkbox"/> なし							
指定居宅介護サービス	<input type="checkbox"/> 指定居宅サービスを利用している(ただし、福祉用具貸与は除く) <input type="checkbox"/> 利用していない							
	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> 短期入所 上記サービスの週当たりの利用日数 <input type="checkbox"/> 1~2日 <input type="checkbox"/> 3~4日 <input type="checkbox"/> 5~7日							
住居環境	住居形態	<input type="checkbox"/> 戸建住宅(<input type="checkbox"/> 平屋 <input type="checkbox"/> 2階建)			<input type="checkbox"/> アパート・マンション(階/エレベーター <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)			
	介護環境	特記事項(トイレや浴室等)						
退院・退所後の在宅生活	病院名 施設名	電話番号			入院等の時期(令和 年 月頃)			
	退院等の 見込み	<input type="checkbox"/> 退院(所)を勧められている			<input type="checkbox"/> 退院(所)したい(<input type="checkbox"/> 病気が治った <input type="checkbox"/> 金銭負担が重い)			
	在宅生活 困難理由							
特筆すべき事項 (特例入所の要件関連)	<input type="checkbox"/> 認知症があり、日常生活に支障を来している		<input type="checkbox"/> 知的障がい、精神障がい等を伴い、日常生活に支障を来している		<input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待が疑われる		<input type="checkbox"/> 単身世帯等で家族等による支援が期待できない	
	<input type="checkbox"/> 上記で、重度(認知症自立度がⅢA以上)である						<input type="checkbox"/> 上記の状態が介護者の急死等で発生	
医療的処置の状況	現病名や既往歴							
	医療的処置の状況							
	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> たんの吸引 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> カテーテル留置 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> その他()							
参考事項	指定居宅介護 支援事業所名				担当ケアマネジャー			
	他施設への 申込	<input type="checkbox"/> 当施設のみに申込み		<input type="checkbox"/> 他の施設にも申込んでいる		<input type="checkbox"/> これから他の施設にも申込み		
		※ 既に申込んでいる施設名:						
	入所時期の希望	<input type="checkbox"/> 今すぐにも入所したい <input type="checkbox"/> 1年以内に入所したい <input type="checkbox"/> 年 月頃入所したい						
健康保険種別				年金種別				

注)介護保険の被保険者証をご持参の上、施設に提示して下さい。

参考事項	食 事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 【食事形態】 (主食) <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 半粥 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー (副食) <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ソフト食 <input type="checkbox"/> ミキサー
		備考
	排 泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 【トイレの使用】 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 【オムツ使用】 (頻度) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 昼夜 <input type="checkbox"/> 夜のみ (頻度) <input type="checkbox"/> 紙オムツ <input type="checkbox"/> リハパン <input type="checkbox"/> 尿取りパッド
		備考
	入 浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 【浴槽の形態】 <input type="checkbox"/> 特浴 <input type="checkbox"/> リフト浴 <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 清拭
		備考
	移 動	<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"/> つかまり歩き <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 寝たきり
		備考
	更 衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
		備考
	視 力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 人の動きが分かる程度
		備考
	聴 力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 大声が聞き取れる
		備考
言 語	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聞き取りにくい <input type="checkbox"/> 聞き取れない	
	備考	
行 動 障 害	<input type="checkbox"/> ひとり歩き <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他	
	備考	
健康保険種別	<input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> その他	
年金種別	<input type="checkbox"/> 国民 <input type="checkbox"/> 厚生 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> その他	
障害者手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (種 級)	
【特記事項記入欄】		
【状況変更事項記入欄】		