

# 特別養護老人ホーム吉祥苑 入所申込書 (新規受付用)

施設記入欄	
申込日	令和 年 月 日
受付担当者	⑧

申込者(連絡先)	
(フリガナ)	続柄
氏名:	
住所:	
電話番号:(自宅)	
(携帯)	

●入所申込の際は、介護保険被保険者証のコピーを添付して下さい。

特別養護老人ホームに入所したいので、次のとおり申込みます。

<b>入所希望者</b>	(フリガナ)			被保険者番号						
	氏名			要介護度	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5					
	現住所	〒 -		介護保険認定期間	平・令 年 月 日から 平・令 年 月 日まで					
	性別	男 ・ 女		生年月日	明・大・昭 年 月 日		年齢			
<b>入所希望者の状況</b>	指定難病	【指定難病特定医療費受給者証(及び自己負担限度額管理手帳)の有無】 <input type="checkbox"/> あり ⇒ 病名( ) <input type="checkbox"/> なし								
	世帯の状況	<input type="checkbox"/> 自宅に一人で暮らしている(独居) <input type="checkbox"/> 自宅ですぐで夫婦だけで暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と共に暮らしている								
	生活保護	【生活保護費受給の有無】 <input type="checkbox"/> 受給している <input type="checkbox"/> 受給していない								
	現在の状況	<input type="checkbox"/> 自宅で暮らしている								
		<input type="checkbox"/> 病院に入院している ⇒病院名( )・入院した時期( 年 月から入院)								
	<input type="checkbox"/> 施設に入所している ⇒施設名( )・入所した時期( 年 月から入所)									
(該当するものすべてを選んで下さい) <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"/> 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( ) 入所申込が出来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ることから、下記も回答してください。) <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。										
【居宅介護支援事業所の利用】 <input type="checkbox"/> あり ⇒ 事業所名( )・ <input type="checkbox"/> なし 【在宅サービスの利用】 <input type="checkbox"/> あり⇒ ヘルパー(1週間に 日) ・ デイ(1週間に 日) ショート(1週間に 日) ・ 他( ) <input type="checkbox"/> なし ※在宅サービスを利用中の方は、担当の介護支援専門員が作成したサービス利用票を添付して下さい。										

【裏面もご記入ください】

入所希望者の状況	【既往歴(これまでにかかった病気及び手術)】	
	【現在治療中の病気(病名)・診断名】	
	【現在行っている処置】 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> その他( )	
	【かかりつけ医】 <input type="checkbox"/> かかりつけ医あり ①医療機関名：      診療科目： ②医療機関名：      診療科目： <input type="checkbox"/> かかりつけ医なし	
居室の希望	<input type="checkbox"/> 多床室 ⇒ <input type="checkbox"/> 空きが出るまで待つ <input type="checkbox"/> 空きが出るまで個室でもよい <input type="checkbox"/> 個室 ⇒ <input type="checkbox"/> 空きが出るまで待つ <input type="checkbox"/> 空きが出るまで多床室でもよい <input type="checkbox"/> どちらでもよい	
申込状況	<input type="checkbox"/> 当施設のみ申込む <input type="checkbox"/> 他の施設も申込んでいる、又は今後他の施設も申込む予定	
短期入所希望	入所ができない場合、短期入所の利用を希望しますか？ <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 短期入所は利用しない	

主たる介護者の状況	(フリガナ)		性別	生年月日		年齢
	氏名		男・女	大・昭・平	年 月 日	歳
	入所希望者との続柄		入所希望者との居住	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		
	主たる介護者の就労状況	<input type="checkbox"/> 就労している ⇒ (週 日間 ・ 1日 時間程度) <input type="checkbox"/> 就労していない				
	主たる介護者の健康状況	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 定期的に通院が必要 <input type="checkbox"/> その他( )				
	主たる介護者の介護保険認定の有無	<input type="checkbox"/> 認定を受けている ⇒ (要支援 1・2 / 要介護 1・2・3・4・5) <input type="checkbox"/> 認定は受けていない				
	主たる介護者の育児の有無	<input type="checkbox"/> あり ⇒ (毎日常に行っている・毎日半日程度行っている・臨時で行っている) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> その他( )				
	入所希望者以外の看病の有無	<input type="checkbox"/> あり ⇒ (毎日常に行っている・毎日半日程度行っている・臨時で行っている) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> その他( )				
	入所希望者以外の介護の有無	<input type="checkbox"/> 入所希望者以外に同居家族で介護認定を受けている者がいる ⇒ ( 要支援 1・2 / 要介護 1・2・3・4・5 ) <input type="checkbox"/> 入所希望者以外に同居家族で介護認定を受けている者はいない				
	同居者の介護協力	<input type="checkbox"/> 協力あり ⇒ (週 日程度の協力) <input type="checkbox"/> 協力なし <input type="checkbox"/> その他( )				
	別居親族の介護協力	<input type="checkbox"/> 協力あり ⇒ (週 日程度の協力) <input type="checkbox"/> 協力なし <input type="checkbox"/> その他( )				
	近隣者の介護協力	<input type="checkbox"/> 協力あり ⇒ (週 日程度の協力) <input type="checkbox"/> 協力なし <input type="checkbox"/> その他( )				
	主たる介護者の介護負担	<input type="checkbox"/> とても負担 <input type="checkbox"/> 負担 <input type="checkbox"/> やや負担 <input type="checkbox"/> 負担ではない				

特別養護老人ホーム吉祥苑 入所申込み調査票

生活 ・ 介護 の状況	食事	主食(ご飯) : 普通・かゆ・ミキサー・経管栄養・その他( )		
		副食(おかず) : 普通・一口大・刻み・ミキサー		
	排泄	自分で食べることが出来る ・ 少なからず介助が必要 介助なしでは食べることが出来ない		
紙オムツ・紙パンツ(リハビリパンツ)・使用していない その他( )				
移動	自分でトイレに行くことが出来る ・ 自分でトイレに行くが介助が必要 全てにおいて介助が必要 ・ その他( )			
	( 杖・歩行器・車いす )を使用する ・ 使用しない			
身体状況	身長	cm	体重	Kg
	聴力	聴こえる ・ 聴こえにくい ・ 聴こえない		
	発語	普通 ・ やや不自由 ・ 不自由		
	麻痺	あり ⇒(右上肢 ・ 右下肢 ・ 左上肢 ・ 左下肢) ・ なし		
	拘縮	あり ⇒(部位: ) ・ なし		
認知機能	人	理解できる ・ 理解できない ・ 判断不能( )		
	時間	理解できる ・ 理解できない ・ 判断不能( )		
	場所	理解できる ・ 理解できない ・ 判断不能( )		
行動障害	内容	行動障害なし ・ 徘徊 ・ 昼夜逆転 ・ 介護抵抗 ・ 暴言 暴力行為 ・ 不潔行為 ・ 異食行為 ・ 幻視 ・ 幻聴 その他( )		
	頻度	ほぼ毎日 ・ 週に3~5回 ・ 週に1~2回 ・ 月に1~2回		
健康状況	アレルギー	なし・あり( )	皮膚刺激	普通・弱い
	便秘	なし・あり(服薬: 無・有)	睡眠	良・不眠(服薬: 無・有)
	褥瘡	なし・あり( )	嚥下	異常なし・むせる・詰まる
	湿疹	なし・あり( )	入れ歯	なし・あり(上・下)
予防接種 直近日	インフルエンザ	接種済( 年 月 日) ・ 未接種(理由: )		
	コロナウイルス	接種済( )回目( 年 月 日) ・ 未接種(理由: )		

【介護上の悩み・困っていること】