

森の里・第二森の里 入所申込書

申 込 日	年 月 日	受 付 日	年 月 日
※ 受付後5年間保存します。		受付時刻	午前・午後 時 分

施設長 殿

申込者（連絡先）

申込施設

森の里（多床室）

第二森の里（個室）

住 所	〒 _____		
(フリガナ) 氏 名		電話番号	()

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。

入 所 希 望 者 の 状 況	(フリガナ)		性 別	男 ・ 女
	氏 名		住民登録	市・区・町・村
	現 住 所	〒 _____ _____ 電話 _____		
	生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日 (歳)		
	健 康 保 険	種 別	記号・番号	
	年 金 等	種 別		
	障害手帳等	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 手帳の種類 _____ (障害名 _____) (判 定 _____ 級(度) _____ 年 月 日)		
	介 護 保 険	被保険者番号		
	要介護認定	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <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		
	現在利用している施設サービス等	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設、介護療養型医療施設、病院等に入所(入院)している <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等に入所(入居)している <input type="checkbox"/> 自宅で暮らしている (施設に入所(入居・入院している場合))		

施設名又は病院名 (所在地)	_____ 市・区・町・村
入所又は入院期間	_____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日

当施設が保管する入所申込みに関する情報については、県又は市町村から状況把握のために提示を求められることに同意します。

利用者氏名 印

申込者氏名 印

入所希望者の状況	現在利用している居宅サービス	<input type="checkbox"/> 訪問介護 (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 訪問看護 (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 通所介護 (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問看護 (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 福祉用具の貸与・購入費支給 <input type="checkbox"/> 住宅改修費の支給 <input type="checkbox"/> その他 ()
	*1 該当するものをすべて選んでください。 *2 []内に事業者名を記入してください。	
身体状況	食 事 摂 取	<input type="checkbox"/> 自 立 <input type="checkbox"/> 見 守 り (むせる・むせない) <input type="checkbox"/> 一 部 介 助 <input type="checkbox"/> 全 部 介 助 (食事の種類) (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"/> ミキサー
	排 泄	<input type="checkbox"/> 自 立 <input type="checkbox"/> 一 部 介 助 <input type="checkbox"/> 全 部 介 助 (おむつの使用) <input type="checkbox"/> な し <input type="checkbox"/> 昼 夜 <input type="checkbox"/> 夜 の み (排せつの拒絶) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	入 浴	<input type="checkbox"/> 自 立 <input type="checkbox"/> 一 部 介 助 <input type="checkbox"/> 全 部 介 助
	更 衣	<input type="checkbox"/> 自 立 <input type="checkbox"/> 見 守 り <input type="checkbox"/> 一 部 介 助 <input type="checkbox"/> 全 部 介 助
	移 動	<input type="checkbox"/> 自 立 <input type="checkbox"/> 見 守 り <input type="checkbox"/> 一 部 介 助 <input type="checkbox"/> 全 部 介 助 (歩 行) <input type="checkbox"/> つ か ま り 歩 き <input type="checkbox"/> 杖 使 用 <input type="checkbox"/> 車 い す <input type="checkbox"/> 寝 た き り
	視 力	<input type="checkbox"/> 普 通 <input type="checkbox"/> や や 悪 い <input type="checkbox"/> 人 の 動 き が わ か る 程 度 <input type="checkbox"/> ほ と ん ど 見 え な い
	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 <input type="checkbox"/> ほ と ん ど 聞 こ え な い
	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
<p>補足すべき身体状況について、具体的に記載してください。</p>		
認知症・精神の症状	<input type="checkbox"/> 何らかの認知症を有するが、日常生活はほぼ自立している <input type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状が見られるが、誰かが注意していれば自立できる <input type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状が見られ、介護を必要とする <input type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状が頻繁に見られ、常に介護を必要とする <input type="checkbox"/> 著しい精神症状や問題行動が見られ、専門医療を必要とする <p>自傷行為、せん妄、徘徊、奇声、摂食異常、不潔行為、攻撃的行動等の行動、あるいは精神障害がある場合は、その状況や頻度等を具体的に記載してください。</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	

入所希望者の状況	医療的処置 * 該当するものをすべて選んでください。	<input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ(人工肛門) <input type="checkbox"/> 経管栄養(鼻腔・胃ろう) <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 疼痛看護 <input type="checkbox"/> その他() (現在治療中の病気)																																
	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 20%;">病名</th> <th style="width: 40%;">入院・通院病院</th> <th style="width: 40%;">期 間</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td>年 月～</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td>年 月～</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td>年 月～</td> </tr> <tr> <td>内 服 薬</td> <td colspan="2"> </td> </tr> <tr> <td>感 染 症</td> <td colspan="2"> </td> </tr> <tr> <td colspan="3">(既往症)</td> </tr> <tr> <th>病名</th> <th>入院・通院病院</th> <th>期 間</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td>年 月～ 年 月</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td>年 月～ 年 月</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td>年 月～ 年 月</td> </tr> </table>	病名	入院・通院病院	期 間			年 月～			年 月～			年 月～	内 服 薬			感 染 症			(既往症)			病名	入院・通院病院	期 間			年 月～ 年 月			年 月～ 年 月			年 月～ 年 月
病名	入院・通院病院	期 間																																
		年 月～																																
		年 月～																																
		年 月～																																
内 服 薬																																		
感 染 症																																		
(既往症)																																		
病名	入院・通院病院	期 間																																
		年 月～ 年 月																																
		年 月～ 年 月																																
		年 月～ 年 月																																
	入所希望者の意向(入所希望者が申し込んでいる場合を除く)	<input type="checkbox"/> 入所希望者が特別養護老人ホームへの入所を希望している <input type="checkbox"/> 入所希望者は在宅での生活を希望している <input type="checkbox"/> 入所希望者の意向は確認していない又は確認できない <input type="checkbox"/> その他()																																
家族や住居等の状況	入所を希望する理由 * 該当するものをすべて選んでください。	<input type="checkbox"/> 身寄りがない若しくは家族等がいても疎遠であるなど介護する者がいない <input type="checkbox"/> 介護する者が、距離が離れている・入院しているなどの状況にあり介護ができない <input type="checkbox"/> 介護する者が、要介護状態・病気療養中・障害を有するなどの状況にあり、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護する者が、要支援状態・高齢等の状況にあり、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護する者が、複数の介護や育児を行っている状況にあり、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護する者が、就労している状況にあり、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護する者の身体的・精神的負担が大きい																																
		<input type="checkbox"/> 車いすを使用しているが、住居の廊下等の構造が適していないため介護が困難 <input type="checkbox"/> 住居の便所、浴室、階段等の形態や構造が適していないため、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設、介護療養型医療施設、病院等から退所(退院)を求められているが、在宅での介護が困難 <input type="checkbox"/> 当該施設を退所して長期入院した後、退院することになったが在宅での介護が困難 <input type="checkbox"/> その他(具体的に記載してください。) <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%; margin-top: 10px;"></div>																																
	主な介護者	(フリガナ)	性 別	年齢/生年月日	(歳)																													
		氏 名	男・女	明・大・昭	年 月 日																													
	同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 住所 〒 電話 ()																																
	入所希望者との関係	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他()																																
	他の介護者	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> いない																																
	意見	(介護をしている上で特に困っていること) <hr/> <hr/>																																

