

# 特別養護老人ホーム入所申込書兼調査書

申込日 令和 年 月 日

フリガナ											
申込書記入者名	入所希望者との関係 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 娘 <input type="checkbox"/> 息子 <input type="checkbox"/> 後見人 <input type="checkbox"/> その他 ( )										
申込書記入者住	〒 -							連絡先			
								自宅			
								携帯			
フリガナ					性別	男・女	生年	明・大・昭			
入所希望者お名前前					別		月日	年 月 日	満	歳	
住所	〒 -										
介護保険被保険者番号											
要介護度	<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 *介護保険者証の写しを添付して下さい。 *要介護度1・2の場合は「特例入所に関する事由」にご記入下さい。										
同居の方について	<input type="checkbox"/> ひとり暮らし <input type="checkbox"/> ご夫婦のみ(相手の方の年齢 歳) <input type="checkbox"/> ご夫婦以外に同居者がいる(入所希望者ご本人との関係 )										
主に介護している方について	介護する方は <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない 主に介護される方は <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病気で治療中 <input type="checkbox"/> 障害がある <input type="checkbox"/> 病弱 <input type="checkbox"/> 高齢である										
	主に介護される方は <input type="checkbox"/> 働いている <input type="checkbox"/> 働いていない										
介護を手伝う方について	介護を手伝う方は <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない 手伝う方がいる場合その方は <input type="checkbox"/> 親族 <input type="checkbox"/> 近所の方 <input type="checkbox"/> その他の方										
お住まいについて(介護する上での住宅の問題について)	今のお住まいは <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅以外(病院・老人保健施設等) 自宅以外にお住まいの方は <input type="checkbox"/> 戻る自宅がある <input type="checkbox"/> 戻る自宅がない <input type="checkbox"/> 立ち退きを迫られている <input type="checkbox"/> 家屋の老朽化が著しい <input type="checkbox"/> エレベーターの無い集合住宅の2階以上 <input type="checkbox"/> 自分の部屋がない <input type="checkbox"/> 自分の部屋とは別の階にトイレや風呂がある <input type="checkbox"/> その他具体的に( )										
ご自宅以外での介護や治療	現在いらっしゃるの <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> その他( ) ○施設名( ) ○入所・入院開始日 年 月 日										
在宅サービスについて	在宅サービスは <input type="checkbox"/> 使っている <input type="checkbox"/> 使っていない ケアプランは <input type="checkbox"/> 作っている <input type="checkbox"/> 作っていない 担当の介護支援専門員(ケアマネージャー)は <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない 介護支援専門員の氏名 連絡先(事業者名) 電話										
医療行為について	<input type="checkbox"/> 尿管カテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 経管栄養(鼻腔) <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 経管栄養(胃ろう) <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> その他( )										
既往歴及び現病歴について	複数チェック可 <input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> 動脈硬化 <input type="checkbox"/> リウマチ <input type="checkbox"/> くも膜下出血 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大 <input type="checkbox"/> 動脈瘤(場所 ) <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> イレウス <input type="checkbox"/> 統合失調症 <input type="checkbox"/> 骨折(部位 ) <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 脳梗塞後遺症 <input type="checkbox"/> がん(部位 ) <input type="checkbox"/> 心不全 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 多発性脳梗塞 <input type="checkbox"/> 感染症( ) <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> パーキンソン <input type="checkbox"/> その他疾患 ( )										

問題行動について	<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 奇声をあげる <input type="checkbox"/> 大声を出す <input type="checkbox"/> 外に出してしまう
	<input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 外に出たがる <input type="checkbox"/> 介護に抵抗がある
	<input type="checkbox"/> その他の行為（具体的内容） ( )
健康保険について	<input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 生保
	<input type="checkbox"/> その他 ( )
収入について	<input type="checkbox"/> 国民年金 年間受給額 円
	<input type="checkbox"/> 厚生年金 年間受給額 円
	<input type="checkbox"/> ( ) 年金 年間受給額 円
	<input type="checkbox"/> その他収入 円 <input type="checkbox"/> なし

ご本人の状況について

食 事	<input type="checkbox"/> 主食 <input type="checkbox"/> 御飯 <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> ミキサー
	<input type="checkbox"/> おかず <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 細かく刻む <input type="checkbox"/> ミキサー
移 動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> つたい歩き <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 歩行車 <input type="checkbox"/> 車椅子
起 立	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
排 泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 誘導 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 紙パンツ <input type="checkbox"/> オムツ
入 浴	<input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> チェアー浴 <input type="checkbox"/> 特別浴 <input type="checkbox"/> わからない
更 衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 声掛け <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
麻痺部位	<input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 両上肢 <input type="checkbox"/> 両下肢
拘縮部位	<input type="checkbox"/> 右肩 <input type="checkbox"/> 左肩 <input type="checkbox"/> 右肘 <input type="checkbox"/> 左肘 <input type="checkbox"/> 右膝 <input type="checkbox"/> 左膝 <input type="checkbox"/> その他 ( )
視 力	<input type="checkbox"/> 見える <input type="checkbox"/> 少し遠くが見える <input type="checkbox"/> 近くしか見えない <input type="checkbox"/> メガネを使う
聴 力	<input type="checkbox"/> 聞こえる <input type="checkbox"/> 耳元で話す <input type="checkbox"/> 聞こえない <input type="checkbox"/> 補聴器を使う
言 語 力	<input type="checkbox"/> 話せる <input type="checkbox"/> 何とか話せる <input type="checkbox"/> 話せない
理 解 力	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> やや難しい <input type="checkbox"/> 難しい
上記項目以外にあればご記入下さい	

特例入所に関する事由（要介護度1・2の場合は、ご記入下さい。）

特例入所の要件	<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こと。 <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が頻繁に見られること。 <input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待が疑われる事により、心身の安全・安心の確保が困難であること。 <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こと。
所見欄	※具体的な状況を記載して下さい。

特別養護老人ホーム青梅天使園 施設長 様

私は、貴施設の入所に関する方法や手続きについて説明を受けました。また、この申込書にある内容を保険者・在宅介護支援センター・指定するケアマネージャーへ情報提供することに同意します。

令和 年 月 日 氏 名 印