

# 特別養護老人ホーム 入所申込書

受付

大洲喜多特別養護老人ホーム事務組合長 様

|     |    |   |  |    |
|-----|----|---|--|----|
| 申請者 | 住所 | 〒 |  |    |
|     | 氏名 |   |  | 続柄 |
|     | 電話 |   |  |    |

下記の事由により介護老人福祉施設サービスを受けたいので入所申し込みをいたします。

なお、入所のための待機中に、貴施設以外に入所が決定した場合、また、要介護度や連絡先、介護の状況等について変更があった場合には、速やかに貴施設に連絡いたします。

**※ご本人様におかれる状況等の更新や情報提供がされない場合、本紙申込書の有効期間は、受付日より5年間とさせていただきます。**

|                   |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |     |  |             |                      |  |  |  |
|-------------------|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|-----|--|-------------|----------------------|--|--|--|
| 被<br>保<br>険<br>者  | 保 険 者 番 号 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |  | 市 町 |  | 被 保 険 者 番 号 |                      |  |  |  |
|                   | フリガナ      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |     |  | 性 別         | 男 性 ・ 女 性            |  |  |  |
|                   | 氏 名       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |     |  | 生年月日        | 大正・昭和<br>年 月 日 ( 歳 ) |  |  |  |
|                   | 要 介 護 度   | 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |     |  | 有効期間        | 年 月 日 ~ 年 月 日        |  |  |  |
| 者                 | 現 住 所     | (〒 - )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |  |     |  |             |                      |  |  |  |
| 介護者の状況            |           | <input type="checkbox"/> 介護者あり ( <input type="checkbox"/> 同居・ <input type="checkbox"/> 同敷地内・同敷地外 ) <input type="checkbox"/> 介護者なし<br>※介護者ありの場合は年齢をお答えください。<br><input type="checkbox"/> 65歳未満 <input type="checkbox"/> 65歳以上75歳未満 <input type="checkbox"/> 75歳以上<br><input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> きょうだい <input type="checkbox"/> 甥・姪 <input type="checkbox"/> その他 ( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |     |  |             |                      |  |  |  |
| 入所を希望する理由 (複数回答可) |           | <input type="checkbox"/> 介護するものがないため<br><input type="checkbox"/> 介護者が未就学児の子や孫の世話をしているので十分な介護が困難なため<br><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<br><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<br><input type="checkbox"/> 介護者が他の者を介護しているため、十分な介護が困難なため<br><input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所(院)を求められているが、居宅での介護が困難なため<br><input type="checkbox"/> その他 ( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |  |  |     |  |             |                      |  |  |  |
| 入所希望者の身体状況        |           | 1.歩行： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 (杖・歩行器) <input type="checkbox"/> できない (車椅子・リクライニング)<br>2.食事： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 水分トロミ： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (軽・中・強)<br>主食形態： <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他 ( )<br>副食形態： <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> ひとくち大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他 ( )<br>3.排泄： <input type="checkbox"/> トイレ ( <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ) <input type="checkbox"/> オムツ ( <input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 夜間のみ )<br>4.入浴： <input type="checkbox"/> 一般浴 ( <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ) <input type="checkbox"/> 特殊浴 <input type="checkbox"/> その他 ( )<br>5.意思疎通： <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> その他 ( )<br>6.認知症： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある ( <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 強 )<br>7.認知症日常生活自立度： <input type="checkbox"/> Ⅰ <input type="checkbox"/> Ⅱa <input type="checkbox"/> Ⅱb <input type="checkbox"/> Ⅲa <input type="checkbox"/> Ⅲb <input type="checkbox"/> Ⅳ <input type="checkbox"/> Ⅴ<br>8.認知症による症状で困っている行為を次より選んでください。(複数回答可)<br><input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 物を壊す <input type="checkbox"/> 昼夜逆転<br><input type="checkbox"/> 自宅に帰れない <input type="checkbox"/> その他 ( ) |  |  |  |     |  |             |                      |  |  |  |
| 入所希望者の医療状況        |           | 病名 (現在治療中の疾病及び主となる既往歴)<br>病院名・主治医<br><input type="checkbox"/> 経管栄養 ( <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃ろう ) <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 (頻度： 回/日 )<br><input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> ストマ ( <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工膀胱 ) <input type="checkbox"/> バルンカテーテル<br><input type="checkbox"/> インシュリン注射 (単位： 頻度： ) <input type="checkbox"/> 透析<br><input type="checkbox"/> 褥瘡 (部位： 処置： )<br><input type="checkbox"/> 皮膚疾患 (部位： 症状： ) <input type="checkbox"/> 感染症 ( )<br><input type="checkbox"/> その他 ( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |  |     |  |             |                      |  |  |  |

