

入 所 申 込 書

申込日	年 月 日	受付日	年 月 日
受付後 5 年間保管します。		受付時間	時 分

施設長殿

申込者（連絡先）

住 所	〒 _____		
フリガナ 氏 名		連絡先	自宅電話 携帯電話

特別養護老人ホーム泉正園に入所したいので次の通り申し込みします。

入 所 希 望 者 の 状 況	フリガナ					性 別	男 ・ 女				
	氏 名					住所地	市・区・町・村				
	現住所	〒 _____ 電話：									
	生年月日	明治・大正・昭和		年	月	日	（ 歳 ）				
	健康保険	種 別				記号・番号					
	年金等	種 別									
	障害手帳	有 無 手帳の種類 _____ （ 障害名 _____ ） （ 判定 _____ 級 認定年月日 _____ 年 月 日 ）									
	介護保険	被保険者番号									
	要介護認定	要介護 1		要介護 2		要介護 3		要介護 4		要介護 5	
		認定期間	年 月 日 ~		年 月 日		認定年月日		年 月 日		
現在利用 している 施設サー ビス等	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 養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホームに入所（入居）している 自宅で暮している										
	・施設に入所（入居・入院）している場合										
	施設名または病院名										
所在地					入所または 入院期間		年 月 日 ~				

当施設が保管する入所申し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	訪問介護 (月に 回程度) () 訪問入浴介護 (月に 回程度) () 訪問看護 (月に 回程度) () 訪問リハビリテーション (月に 回程度) () 居宅療養管理指導 (月に 回程度) () 通所介護 (月に 回程度) () 通所リハビリテーション (月に 回程度) () 短期入所生活介護 (月に 回程度) () 短期入所療養介護 (月に 回程度) () 夜間対応型訪問看護 (月に 回程度) () 認知症対応型通所介護 (月に 回程度) () 小規模多機能型居宅介護 (月に 回程度) () 福祉用具貸与・購入費支給 住宅改修費の支給 その他 ()
	*1 該当するものを全て選んで下さい *2 ()内に事業所名を記入して下さい	
身 体 の 状 況	食事摂取	自立 見守り(むせる・むせない) 一部介助 全介助 〔食形態〕(主食) 常食 半粥 全粥 ミキサー (副食) 常食 一口大 刻み ミキサー
	排泄	自立 一部介助 全介助 (おむつの使用) なし 昼夜 夜のみ (パットの使用) あり なし (排泄の拒否) あり なし
	入浴	自立 一部介助 全介助
	更衣	自立 見守り 一部介助 全介助
	移動	自立 見守り 一部介助 全介助 (使用補助具) なし 杖 歩行器 シルバーカー 車椅子
	視力	普通 やや悪い 人の動きがわかる程度 ほとんど見えない (眼鏡使用) あり なし
	聴力	普通 やや悪い 大声が聞き取れる ほとんど聞こえない (補聴器使用) あり(右 左) なし
	言語	普通 聞き取りにくい 聞き取れない
	*補足すべき身体状況について具体的に記入してください	
	認知症・精神の症状	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 日常生活に支障があるような症状を認められるが、誰かが注意していれば自立できる 日常生活に支障があるような症状がみられ介護を必要とする 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 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 ・自傷行為、せん妄、徘徊、奇声、摂食異常、不潔行為、攻撃的行為等の行動、あるいは精神障害がある場合にはその状況や頻度を具体的に記入してください。

入 所 者 希 望 者 の 状 況	医療的処置 *該当するものを全て選んで下さい	カテーテル 酸素療法 その他()	ストマ(人口肛門) インシュリン注射	経管栄養(鼻腔・胃ろう) 疼痛看護	
	現在治療中の病気	病名	入院・通院先病院名	期間	
		内服薬			
		感染症			
		既往歴	病名	入院・通院先病院名	期間
入所希望者本人の意向 (入所希望者本人が申し込んでいる場合を除く)	入所希望者が特別養護老人ホームの入所を希望している 入所希望者は在宅での生活を希望している 入所希望者の意向は確認していないまたは確認できない その他()				
家 族 や 住 居 等 の 状 況	入所を希望する理由 *該当するものを全て選んでください	身寄りが無い若しくは家族等がいても疎遠であるなど介護するものがない 介護するものが、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出来ない 介護するものが、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 介護するものが、要支援状態・高齢等の状況にあり十分な介護が困難 介護するものが、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 介護するものが、就労している状況にあり十分な介護が困難 介護するものの身体的・精神的負担が大きい			
		車椅子を使用しているが、住居の廊下等の構造が適していない為十分な介護が困難 住居の便所・浴室・階段等の形態や構造が適していない為介護が困難			
	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 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生活が困難 その他(具体的に記載してください)				
	主介護者	フリガナ		性別	生年月日(年齢)
		氏名		男女	明・大・昭 年 月 日(歳)
同居の区分と住所		同居 別居 〒	電話		
入所希望者との関係		配偶者 子 子の配偶者 兄弟姉妹	その他()		
他の介護者		配偶者 子 子の配偶者 兄弟姉妹	いない		
意見	介護をしている上で特に困っていること				

