

特別養護老人ホーム等入所申込書

申込者(連絡先)今後、郵便物などはこの連絡先にお送りさせていただきます。

申込日	平成	年	月	日
受付日	平成	年	月	日

〒	:
住所	:
氏名	:
電話	:

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。

申し込み先 (入所希望施設)	特別養護老人ホーム 花見川フェニックス	保険者	
(フリガナ)	性別	被保険者番号	
氏名	男・女	要介護度	1・2・3・4・5
生年月日	明・大・昭 年 月 日()歳	要介護 認定期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで
現住所	〒 —		
現況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人で暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 特養などの施設や病院に入っている 「施設や病院等に入っている方」は記入して下さい。 ◇施設名又は病院名: _____ ◇所在地(市区名のみ) _____ ◇入所又は入院時期:平成 年 月から入所・入院している		
入所希望者の状況 てを選んで下さい)	※入所申込ができ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ります。) <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()		
	※要介護度1・2の方については、以下該当するものを回答してください。 <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。		
入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 平成 年 月頃までに入所したい		
医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> その他() 【現在治療中の病気・特記事項等】		
申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込む。 <input type="checkbox"/> 他の施設も申し込んでいる、又は今後他の施設も申し込む予定。 ◇既に申し込んでいる他の施設名() () () ◇今後申し込む予定の他の施設名() () ()		
主たる介護者	(フリガナ)	性別	本人との関係
	氏名	男・女	生年月日
同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している(住所: _____)		
意見	【介護をしているうえで困っていること等】		

入居希望者氏名 :

記載者氏名 :

印 (続柄:)

1.施設生活向上のための確認事項

①現在の日中の過ごし方	<input type="checkbox"/> なるべく離床するように努めている <input type="checkbox"/> 体力的な負担を考えてなるべく横になっている <input type="checkbox"/> 介護者及び施設に任せている
②入居後、施設に期待することをご自由にご記入ください。	
<input type="checkbox"/> 施設サービスについては、施設に一任される方はこちらにチェックしてください	
③入所後の主治医変更について	※主治医については原則として当施設の協力医に変更となりますが、特別な事情がある場合は協議をさせて戴きます。現主治医の継続希望がある方は理由をご記入下さい。 (理由)

2.本人及び介護者の状況

①本人の状況	食事	状態	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経口摂取不可 <input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> むせない <input type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> 毎回むせる <input type="checkbox"/> トロミ剤の使用 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)	
		排泄	状態 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 誘導・一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 オムツ <input type="checkbox"/> 使用なし <input type="checkbox"/> 使用あり (<input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夜)	
	入浴	状態	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 更衣 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 拒否 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> 強くある	
		動作	移動	<input type="checkbox"/> 自立歩行 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 (自操 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可) 移乗 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 立位 <input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 支えがあれば可 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不可 座位 <input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 支えがあれば可 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不可
			睡眠	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 眠れないことが多い <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 睡眠薬 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)
	認知症状況		診断	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (診断名: 時期: 年 月から)
			症状 (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 常時徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食(食べ物以外を口にいれる) <input type="checkbox"/> 収集癖 <input type="checkbox"/> 自傷 <input type="checkbox"/> 他傷 <input type="checkbox"/> 声だし <input type="checkbox"/> 介護抵抗(拒否) <input type="checkbox"/> 不眠(昼夜逆転) <input type="checkbox"/> ひどい物忘れ <input type="checkbox"/> その他 ()
		※上記の状態について具体的に記入して下さい		

②介護者の状況	主たる介護者	<input type="checkbox"/> 介護負担 <input type="checkbox"/> 負担が多く感じる <input type="checkbox"/> 負担には感じている <input type="checkbox"/> 負担はあまりない <input type="checkbox"/> 負担はない <input type="checkbox"/> 介護への支障 <input type="checkbox"/> 介護者に疾病や障がいがある () <input type="checkbox"/> 他に介護・育児(看病)している (<input type="checkbox"/> 介護(介護度:) <input type="checkbox"/> 育児等(時間/日)) <input type="checkbox"/> 介護者が就労している (<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> 非常勤(4時間/日以上) <input type="checkbox"/> それ以外)
	協力者	<input type="checkbox"/> 協力者有無 (複数回答可) <input type="checkbox"/> 同居の親族 (続柄:) <input type="checkbox"/> 別居の親族 (続柄:) <input type="checkbox"/> 近隣者 (続柄:) <input type="checkbox"/> 協力者なし
	介護への関わり方	<input type="checkbox"/> もっと介護をしたいが諸事情(経済面・社会面など)で出来ない <input type="checkbox"/> 出来る限りの介護をしている <input type="checkbox"/> 出来る範囲で介護している <input type="checkbox"/> 介護出来ない