

# 特別養護老人ホームとくつき 入居申込書

特別養護老人ホームとくつき 施設長 様

入居希望者

フリガナ		受付年月日	年	月	日	
氏名		整理番号	※施設記入欄			
フリガナ		要介護度	1・2・3・4・5			
氏名						
性別	男 ・ 女	生年月日	明・大・昭	年	月	日
現住所	〒					
電話番号						

申し込み代理者（申込者が本人でない場合は、下の欄にお書きください）

フリガナ		入居希望者との続柄	
氏名			
住所	〒		
電話番号			
携帯番号			

入居希望時期	早急に ・ 半年以内 ・ 年 月以降
居室の希望	一般居室を希望 ・ 特別居室を希望 ・ どちらでもかまわない
申し込み状況	当施設のみ申し込む ・ 他の施設も申し込んでいる ・ 申し込む予定 申し込んだ施設名 ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )

介護保険法令に基づき要介護の認定を受けましたので、この入居申込書により入居を希望いたします。

なお、入居の為の待機中に、貴施設以外の施設に入居が決定した場合、また要介護度や連絡先、介護状況等について変更がありました場合は、速やかに貴施設に連絡いたします。

同意及び説明確認	入居希望者、介護者を円滑に支援するために、市町村・ケアマネージャー等にこの申込内容を情報提供し、また情報提供を受けることに同意します。 また、入居申込みから入居契約までの手続き及び入居順位の決定について、施設からの説明や申し込み案内を読み、内容について承諾しました。  西暦 年 月 日 入居希望者（申込者）又は申込代理者  氏名 続柄
----------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

希望事項	(該当するものすべてに☑印を記入してください。)
	<input type="checkbox"/> 1 施設入所により安心した生活を送りたい <input type="checkbox"/> 2 寝たきりなどにより、食事、排泄、入浴等日常生活全般に介助が必要 <input type="checkbox"/> 3 認知症などにより常時の見守り、介護が必要 <input type="checkbox"/> 4 施設や病院等から退所を求められているが、自宅での生活が困難 <input type="checkbox"/> 5 単身世帯のため介護者がいない、または介護者が入院等で介護ができない <input type="checkbox"/> 6 介護者が、高齢、疾病、育児、就労、別居等のため、介護が困難（詳細を8欄に記入） <input type="checkbox"/> 7 利用したい在宅サービスが十分でない（夜間訪問介護など） <input type="checkbox"/> 8 その他の理由（具体的にお願いします。不足する場合は裏面等余白に御記入ください）  <hr/> <hr/>
	(要介護1・2の場合は、以下の項目についても該当するものすべてに☑印を記入してください。)
	<input type="checkbox"/> 9 認知症、知的障害・精神障害等により、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ため、居宅において日常生活を営むことが困難 <input type="checkbox"/> 10 家族等による深刻な虐待があるなど心身の安全・安心の確保が困難 <input type="checkbox"/> 11 その他、居宅において日常生活を営むことが困難な理由（具体的にお書きください。）  <hr/>

**入居申込までの経緯**

--

入居希望者様の状況についての調査です。ご協力お願いします。※わからない箇所は空白で結構です。

<b>世帯</b>	独居 ・ 高齢者世帯 ・ 家族同居	<b>世帯図</b>	○：女性 □：男性
<b>現在の住居</b>	戸建て ・ 集合住宅 ・ その他( ) 施設( ) ・ 病院( )		
<b>身長</b>	cm	<b>体重</b>	kg
<b>視力</b>	普通 ・ 見えにくい ・ 見えない		
<b>聴力</b>	普通 ・ 聴こえにくい ・ 聴こえない		
<b>発語</b>	普通 ・ やや不自由 ・ 不自由	<b>理解力</b>	理解できる ・ 簡単なことなら ・ 困難
<b>疾患病歴</b>	・ 発病年月日 年 月 日 ・ 発病年月日 年 月 日 ・ 発病年月日 年 月 日 ・ 発病年月日 年 月 日		
<b>主治医</b>		<b>他受診中の病院</b>	
<b>既往</b>	<b>誤嚥性肺炎</b> 無 ・ 有	<b>尿路感染</b> 無 ・ 有	<b>褥瘡</b> 無 ・ 有 ( )
<b>感染症</b>	無 ・ 有 ( )		

医療行為	あてはまるのものすべてに○を記入して下さい。					
	胃ろう ・ 経鼻栄養 ・ 人工肛門 ・ バルーン留置 ・ 在宅酸素 インシュリン ・ 血糖測定 (1日 回) ・ 透析 ・ 痰吸引 (1日 回) 中心静脈栄養 ・ がん治療 ・ その他 ( )					
認知症	無 ・ 有	徘徊 ・ 昼夜逆転 ・ 暴言 ・ 暴力 ・ 介護拒否 異食 ・ 幻覚 ・ 幻聴 ・ その他 ( )				
食事	主食： 米飯 ・ 軟飯 ・ 粥 副食： 常菜 ・ 刻み ・ ムース ・ ミキサー					
	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	ムセ	無 ・ 有	トロミ	無 ・ 有	
入れ歯	無 ・ 有 ( 総 ・ 部分 )		アレルギー	無 ・ 有 ( )		
排泄	日中： トイレ ・ ポータブル ・ オムツ			自立 ・ 一部介助 ・ 介助		
	夜間： トイレ ・ ポータブル ・ オムツ					
排便	毎日 ・ 日に 回		下剤	無 ・ 有 ( 頓用 ・ 毎日 )		
移動	歩行 ・ シルバーカー ・ 車イス ( 自走 ・ 介助 ) ・ ベッド上					
	自立 ・ 見守りが必要 ・ 介助		3ヶ月内の転倒	無 ・ 有		
睡眠	良眠 ・ たまに寝れない ・ 不眠		眠剤の使用	無 ・ 頓用 ・ 毎日		

主介護者の状況

主介護者 氏名		性別	男 ・ 女	続柄	
主介護者の健康状態	良い ・ 慢性疾患等で通院中 ・ 入院予定 ( 年 月 日から )				
主介護者の就労状況等	無 ・ 就業中 ・ 共働き ・ 育児中 ・ その他 ( )				
他の介護者	無 ・ 有 ( 要介護3以上 ・ 要介護1、2 ・ 要支援 )				
協力者	無 ・ 有 ( 同居親族 ・ 親族 ・ 親族以外 )				
担当のケアマネジャー	事業所名：		担当者名：		

同居のご家族様の状況 (独居の方はご記入いただく必要はありません。)

氏名		生年月日	大・昭・平・令 年 月 日	続柄	
				就労状況	
氏名		生年月日	大・昭・平・令 年 月 日	続柄	
				就労状況	
氏名		生年月日	大・昭・平・令 年 月 日	続柄	
				就労状況	
氏名		生年月日	大・昭・平・令 年 月 日	続柄	
				就労状況	

その他 (上記以外に必要な情報等あればご記入下さい。)

--