

社会福祉法人恵泉会 特別養護老人ホーム 入所申込書

令和 年 月 日

受付整理番号 _____

申込者氏名 _____

申込者住所 _____

続 柄 _____

連絡先 _____

特別養護老人ホームに入所したいので、下記の内容で申込みます。

フリガナ 入所希望 者氏名		男・女	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)
住 所	〒 _____ ☎ (_____ - _____)			
介護保険番号				要介護度 1 2 3 4 5
認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
特例入所希望者記載欄 要介護1、2の方が入所するためには右欄のいずれかの条件に該当することが必要です。ご自身の判断で該当すると思われる項目に印を付けてください。	<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。			
他施設への申し込み	有 ・ 無 施設名 _____			
担当ケアマネジャー	有 無	事業所 氏 名		☎ _____

地域密着型特別養護老人ホーム『ゆりの郷』『ほたるの郷』へ申請される場合は、居室のご希望をお書きください。 ※『東和』は個室しかありません。	居室の形態	希望順位
	個 室	
	二床室	

<代理者>

私は入所希望者本人が、老齢により自署での申請ができないため、本人の意思を確認し、代理人として、上記の入所申し込み手続きを代行いたします。

手続き代行者【 家族・兄弟・知人・介護支援専門員・その他 () 】

氏 名 _____

住 所 _____

続 柄 _____

連絡先 _____

社会福祉法人恵泉会 特別養護老人ホーム 入所申込書

かかりつけ医師 (病院・診療科)		年金種別	
		配偶者	有 ・ 無

家族の状況 (同居)

氏 名	続 柄	年 齢	職 業	電 話 番 号

近親者の状況 (別居) (子供や親戚等)

氏 名	続 柄	年 齢	住 所	電 話 番 号

入所希望者の生活歴及び介護状況

社会福祉法人恵泉会 特別養護老人ホーム 入所申込書

〈入所申込現況調査〉

★入所希望者に関する現在の情報をできる限り正確にご記入ください。

注意1 ここからは、主に介護をなさっている方とご相談の上、ご記入願います。

注意2 担当ケアマネジャーがいらっしゃる場合は、作成代行していただいても結構です。
尚、担当ケアマネジャーは、入所を希望される具体的理由を添付することも可能です。

1. 現在の要介護度についてお尋ねします。当てはまる番号を○で囲んで下さい。

1. 要介護1 2. 要介護2 3. 要介護3 4. 要介護4 5. 要介護5

2. ご本人の状況についてお尋ねします。当てはまる番号を○で囲んで下さい。

- ①食 事 1. 自 立 2. 一部介助 3. 全介助 4. 経管栄養

●主食（ごはん・かゆ・ブレンダー） ●副食（普通・きざみ・極きざみ・ブレンダー）

- ②排 泄 1. トイレ（自立・誘導・介助） 2. 便尿器（ポータブルトイレ・シビン・安楽）
3. オムツ 4. リハビリパンツ

※ 夜間（トイレ・ポータブルトイレ・シビン・安楽・オムツ・リハビリパンツ）

- ③入 浴 1. 自 立 2. 一部介助 3. 全介助 4. 清 拭

- ④更 衣 1. 自 立 2. 一部介助 3. 全介助

- ⑤移 動 1. 独歩（安定・不安定） 2. （杖・歩行器）使用 3. 車椅子（自操・介助）
4. リクライニング車椅子 5. 不 可

- ⑥視 力 1. 普 通 2. 弱視（左・右） 3. 全 盲

※ メガネの使用について（ 有 ・ 無 ）

- ⑦聴 力 1. 普 通 2. やや難聴（左・右） 3. 難聴（左・右）

※ 補聴器使用について（ 有 ・ 無 ）

- ⑧言 語 1. 普 通 2. 聞き取りづらい 3. 聞き取れない

- ⑨意思の疎通 1. 普 通 2. やや困難 3. 困 難

社会福祉法人恵泉会 特別養護老人ホーム 入所申込書

3. 介護者の状況についてお尋ねします。当てはまる番号を○で囲んで下さい。

①ご家族の状況（介護を受けている方も含む）を、一つ選んで○で囲んでください。

1. 一人暮らし
2. 高齢者世帯（65歳以上の世帯）
3. 子供や孫その他家族との同居
4. 老人ホームやグループホームなどの施設利用又は医療機関への入院
入所（院）先（ ） 入所（院）日（ 年 月 日）

②主に介護をなさっている方について、お尋ねいたします。

- 性 別： 1. 男性 2. 女性
- 年 齢：（ ）歳
- 入所希望者との続柄： 1. 配偶者 2. 娘 3. 息子 4. 嫁 5. その他（ ）
- 同居・別居の別： 1. 同居 2. 別居（住所）
- 就業状況： 1. 就業している（就業先 時間帯）
2. 就業していない

4. 現在の運動能力についてお尋ねします。当てはまる番号を○で囲んで下さい。

1. 一人でどこかに出かけることができる。
2. 家の中は自由に移動できるが、外に出かけることはできない。
3. ベッドから起き上がり、そばの椅子に腰掛けることができるが、自由に家の中を移動することはできない。
4. 通常、ベッドに横になっているが移乗・移動について、介助があれば行うことができる。
5. 一日中ベッドから離れることができない。

5. 認知の状態についてお尋ねします。当てはまる番号を○で囲んで下さい。

1. 特に問題のない状態。
2. 物忘れや、行動につじつまが合わないことがあるが、日常生活には支障がない状態。
3. 道に迷う、買い物や金銭管理ができない、電話や来客者への応対など、一人では留守番ができない状態。
4. 着替え、食事、排泄といった日常生活がうまくできず、意志の疎通が困難なため、介護の手が必要な状態。
5. 日常生活において、{ 徘徊、失禁、火の不始末、不潔行為、自傷行為、
その他（ ） } などで、常に目が離せない状態。

↑

※その他を選択した場合は（ ）内に具体的な状況をご記入ください。

6. 医師や看護師による医療行為で、現在、行われているものを○で囲んで下さい。 (複数選択可)

1. 点滴の管理
2. 中心静脈栄養
3. 透析
4. 人工肛門
5. 酸素療法
6. 人工呼吸器
7. 気管切開の処置
8. 痛み止めの注射
9. 経管栄養
10. 心電図など
11. じょくそうの処置
12. 膀胱カテーテル
13. インスリンの注射
14. その他（ ）

社会福祉法人恵泉会 特別養護老人ホーム 入所申込書

7. 恵泉会特別養護老人ホームへの入所をお急ぎの場合、その理由を簡条書きでご記入ください。

1.
2.
3.
4.
5.

8. 入所申込者以外の連絡先（家族、兄弟、親類など）をご記入ください。

※入所申込者に連絡がつかない場合、確実に取り次いでいただける方をお願いします。

●氏名（ ）

●住所（〒 ）

●続柄（ ）

●電話番号（ ）

※申請時に添付していただく書類（必須）

①入所希望者の介護保険被保険者証のコピー

②ケアマネジャーが発行している最新の利用票

（②は在宅サービスを利用されていない場合は不要です）

ご協力ありがとうございました。