

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	令和 年 月 日
受付日	令和 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。

入所希望者の状況	申し込み先 (入所希望施設)	特別養護老人ホームみどり荘		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	年 月 日 から 年 月 日 まで	
	現住所	〒 — 電話			
	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 (人家族) <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: _____ 年 月 から入所・入院している			
	入所を希望する理由(該当するものすべてを選んで下さい)	1. 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ることから、次の2欄も回答してください。) <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() 2. 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"/> 家族等による適切なケアが受けられないことにより、心身の健康が維持できない。 <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"/> 令和 年 月頃までに入所したい			
	部屋希望	<input type="checkbox"/> ユニット個室希望 <input type="checkbox"/> 多床室希望 <input type="checkbox"/> どちらでも良い			
	医療の状況(既往歴)	<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	明・大・昭 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】				

◎生活動作、身体等の状況について伺います。

記入日 年 月 日

ご利用者名 _____

記入者名 _____

生活動作の 状況	歩行： 自立 杖歩行 歩行器使用 車椅子(自走・介助) 歩行不可 〈具体的な状態〉
	排泄： 自立 一部介助 誘導が必要 ポータブルトイレ使用 オムツ対応 〈具体的な状態〉
	食事： 自立 見守りが必要 声掛けが必要 全介助 〈具体的な状態〉 薬の管理 (可 ・ 不可)
	入浴： 自立 見守りが必要 一部介助 全介助 清拭のみ 〈具体的な状態〉
	更衣(着替え): 自立 見守りが必要 一部介助 全介助 〈具体的な状態〉
	睡眠(夜間): 良眠 不眠あり 〈具体的な状態〉
身体 コミュニケーション 状況	麻痺： なし あり () 褥瘡(床ずれ)： なし あり () 視力： ふつう 弱視 全盲 聴力： ふつう やや難聴 難聴 会話： 会話が成立する ありえないことを話す 大声や奇声を発する
介護者の 状況 その他	介護者の就労： なし あり(職種等 ・ 日/週、 時間/日) 介護者の育児、家族の病気 なし ・ あり (具体的に 介護者の介護負担： 重い やや重い 軽い 負担なし 介護されているうえで同居や血縁者、近隣者の協力はありますか。
利用者の 生活歴	出生地はどこですか。
	何人兄妹ですか。
	お子さんは何人ですか。
	学校を卒業してから今までの生活歴を簡単にご記入下さい。(仕事の内容や結婚された年など)

* 該当するところに○印をお願いし、具体的な状態があればご記入下さい。