

特別養護老人ホーム さくらの里 入所申込書 ①

(受付No.)

申込日	平成 年 月 日
受付日	平成 年 月 日

社会福祉法人 白鳩会
 特別養護老人ホーム さくらの里
 理事長 松本静作 殿

【申込者】

住所	〒		
(ふりがな) 氏名			(本人との関係)
電話		携帯	
勤務先	(電話)		

特別養護老人ホームさくらの里へ入所したいので次の通り申込みます。

入所希望部屋	1. 個室(ユニット型) 2. 多床室
--------	------------------------

本 人 の 状 況	(ふりがな) 氏名		性別		介護認定有効期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで
			男 女			
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)	要介護度	1・2・3・4・5		
	住所	〒		介護保険証 発行市区町村		
	電話			介護保険証 被保険者番号		
	世帯状況	1. 独居 2. 65歳以上の高齢者二人暮らし 3. 子供、親族等との同居 4. その他				
	現在の所在地 (現在入院・入所している方)	病院・施設名: 住所: 〒 電話: 入院・入所日: 年 月 日~				
	現在利用している 在宅サービスの 状況 (複数回答可)	1. 訪問介護(ホームヘルパー) 6. 通所リハビリテーション(デイケア) 2. 訪問入浴介護 7. 短期入所生活介護 3. 訪問看護 8. 短期入所療養介護 4. 訪問リハビリテーション 9. 福祉用具の貸与・購入 5. 通所介護(デイサービス) 10. その他()				
	担当介護支援専門員	事業所名:	氏名:			
	入所希望理由 該当する物に○ ()内に具体的理由 を記入下さい。 (複数回答可)	1. 介護者がいないため () 2. 介護者がいるが障害や疾病の状況にあり介護が困難なため () 3. 介護者がいるが高齢等のため十分な介護が困難なため () 4. 介護者がいるが就業しているため十分な介護が困難なため () 5. 介護者がいるが育児または家族が病気の状況にあり十分な介護が困難なため () 6. 介護保険施設に入所しているが替わりたい () 7. その他 ()				

【施設使用欄】

心身特性	介護者	在宅介護	住所地	合計

判定：平成 年 月 日

特別養護老人ホームさくらの里 入所申込書②(介護者の状況)

主たる介護者 1. 有 2. 無	(ふりがな) 氏名		性別 男・女	本人との関係	①
	生年月日	明・大・昭・平	年	月	日 ①(歳)
	同居の区分	1. 同居 2. 別居(状況)			
	住所 連絡先	〒 (電話) (携帯)			
	② 主介護者の障害 疾病の状況	1. 障害、疾病があり介護困難 2. 障害、疾病はあるが多少は介護可能 3. 障害、疾病はあるが介護可能 4. なし			②
	③ 主介護者の育児 家族疾病状況	1. 常時育児、看病が必要 2. 半日育児、看病が必要 3. 時々育児、看病が必要 4. なし			③高
	④ 主介護者の介護 状況	1. 複数の介護をしていて介護困難 2. 複数の介護をしているが多少介護困難 3. 複数の介護をしているが介護は可能 4. なし			④
⑤ 主介護者の就労 状況	1. 1日8時間以上 2. 1日4時間以上8時間未満 3. 1日4時間未満 4. 高齢のため就労不能 5. 就労していない			⑤	
従たる同居介護者 1. 有 2. 無	(ふりがな) 氏名		性別 男・女	本人との関係	
	生年月日	明・大・昭・平	年	月	日 (歳)
	住所 連絡先	(〒) (電話) 携帯()			
	⑥本人の介護の可能性	1. 介護は困難 2. 多少は介護可能 3. 介護は可能			⑥
別居の血縁者 1. 有 2. 無	(ふりがな) 氏名		性別 男・女	本人との関係	
	生年月日	明・大・昭・平	年	月	日 (歳)
	住所 連絡先	(〒) (電話) 携帯()			
	⑦本人の介護の可能性	1. 介護は困難 2. 多少は介護可能 3. 介護は可能			⑦
介護期間	年 月 日 頃から (年 か月)				
申込状況 (他、申込して いる施設)	(施設名) (住 所) (申込年月) 年 月				
収 入 状 況	年金の種類	1. 国民年金 2. 厚生年金 3. 共済年金 4. 遺族年金 5. 障害年金 6. 恩給 7. 受給なし			
	年金受給額	(円 / 月 ・ 円 / 年)			
	その他の収入 合計	(円 / 年) (円 / 年)			
(その他お困りの事等ありましたらご記入下さい。)					
				合計	

特別養護老人ホームさくらの里 入所申込書③(身体状況)

日常生活動作	視力	1. 普通 2. やや悪い 3. ほとんど見えない 4. 全盲 5. 不明(メガネ 有・無)			
	聴力	1. 普通 2. 大声なら聞こえる 3. ほとんど聞こえない 4. 不明(補聴器 有・無)			
	言語	1. 普通 2. 聞き取りにくい 3. 聞き取れない 4. 話せない			
	麻痺	無・有(右上肢・左上肢・右下肢・左下肢)			
	拘縮	無・有(肩・肘・股関節・膝・その他)			
	移動	1. 歩行 2. 杖歩行 3. シルバーカー 4. 歩行器 5. 車イス			
	寝返り	1. 自分で出来る 2. 一部介助が必要 3. 全介助			
	食事摂取	1. 自立 2. 一部介助 3. 全介助 (食事時使用している物)			
	食事形態	主食(常食・おかゆ・ペースト) 副食(常食・刻み・ペースト)			
	食事制限	カロリー制限 無・有(Kcal) 塩分制限 無・有(g)			
	義歯	無・有(総入れ歯・部分入れ歯・有るが使用していない)			
	アレルギー	無・有(アレルゲン)			
	排泄	1. 自立 2. 誘導 3. 一部介助 4. 全介助			
	オムツ	1. 布下着 2. パット 3. 紙パンツ 4. オムツ(常時・夜間のみ)			
	尿意・便意・失禁	尿意(有・無) 便意(有・無) 失禁(有・無)			
入浴	1. 一般浴 2. 機械浴 3. 清拭				
洗身・洗髪	1. 自立 2. 一部介助 3. 全介助				
着脱	1. 自立 2. 一部介助 3. 全介助				
医療行為	1. 胃瘻 2. 腸瘻 3. 中心静脈栄養(IVH) 4. 点滴 5. 透析 6. 人工肛門 7. 酸素 8. 気管切開 9. 人工呼吸器 10. 疼痛管理 11. 褥瘡 12. バルーン 13. インスリン 14. その他				
認知症状 (複数回答可)	1. 物忘れ 2. 昼夜逆転 3. うつ 4. 幻聴・幻覚 5. 被害妄想 6. 興奮 7. 徘徊 8. 意欲低下 9. 暴言・暴力 10. 奇声・大声 11. 不潔行為 12. 介護抵抗 13. その他				
現病名・病歴	病名	医療機関名称	区分	期間	
			入院・手術・通院	～	
			入院・手術・通院	～	
			入院・手術・通院	～	
			入院・手術・通院	～	
現在の主治医	医療機関名:		医師名:		
医療保険	1. 後期高齢者 2. 国民健康保険 3. 生活保護 4. その他				
介護保険負担限度額 認定証	無・有 (食費負担限度額 : □300円 □390円 □650円)				
障害者手帳	無・有 ・手帳の種類 身体障害者手帳(級) 精神障害者手帳(級) ・取得年月日 年 月 日 交付				
確認	<p>私は、入所申込みの際、入所決定の手続き・入所の必要性を評価する基準等について施設から説明を受け、また規定を読み了承しました。なお申込書類一式に虚偽の記載があった場合は入所申込みが無効、入所ができなくなっても異存はありません。</p> <p>平成 年 月 日 申込者氏名 (続柄) 印</p>				