

特別養護老人ホーム入所申込書

申込日 令和 年 月
 受付日 令和 年 月

管 理 者 様

申込者・連絡先	(フリガナ) 氏 名		入所希望者 との続柄	
	住 所	〒 電話		
	勤 務 先			
	所在地	電話		

◎ 特別養護老人ホームかつぼ園

〈介護老人福祉施設〉

に入所したいので、次のとおり申込ます。

◎ 特別養護老人ホーム花の里かつぼ

〈地域密着型介護老人福祉施設〉

入所希望者 氏 名	フリガナ	性別	男・女	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日(歳)
現 住 所	〒 電話 ()				
介護保険	被保険者番号	保険者名			
	要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護度1 <input type="checkbox"/> 要介護度2 <input type="checkbox"/> 要介護度3 <input type="checkbox"/> 要介護度4 <input type="checkbox"/> 要介護度5			
	認定期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
経済状況	本人の収入	有・無	種別等		
入所希望理由					
入所の意向	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 将来必要になったら入所したい				
	他施設の申し込み状況	<input type="checkbox"/> 他には申し込んでいない <input type="checkbox"/> 他にも申し込んでいる (施設名 :)			
身元引受人	住 所	〒 電話 ()			
	氏 名				
家族構成 (同居家族)	氏 名	続 柄	生年月日	職業(勤務先)	電話番号
現 況	<input type="checkbox"/> 自宅 (単身・同居) <input type="checkbox"/> 施設(病院)に入所・入院中 施設(病院)名()				
利用中のサービス	<input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> ホームヘルパー <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> その他 事業所名及び利用回数				
	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 透析				

健康状況	<input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 感染症（MRSA・緑膿菌・他）						
	現在治療中の病気・病名	入院・通院医療機関名	期 間				
	既往歴・病名	入院・通院医療機関名	期 間				
日常生活動作等	麻痺拘縮	無／有 無／有	左上肢 肩関節	右上肢 肘関節	左下肢 股関節	右下肢 膝関節	その他 足関節 その他
	起き上がり	自立・一部介助・全介助	尿意		無・時々有・有		
	座位保持	自立・一部介助・全介助	便意		無・時々有・有		
	移乗	自立・一部介助・全介助	排泄		自立（トイレ・ポータブルトイレ） 一部介助（トイレ・ポータブルトイレ） 全介助（トイレ・ポータブルトイレ） おむつ（昼夜） 失禁（無・有）		
	移動	自立・一部介助・全介助					
	食事	自立・一部介助・全介助					
	嚥下	できる・見守り・できない					
	入浴	自立・一部介助・全介助					
着脱	自立・一部介助・全介助						
心身の状況	視力	普通・見えにくい（両方）・全盲			義歯	無・一部・全部	
	聴力	普通・聞こえにくい（両方）・難聴			褥瘡	無・有	
	伝達能力	できる・時々できる・ほとんど不可			問題行動	無・有 （徘徊・不潔・不眠・暴力・その他）	
	理解力	できる・時々できる・ほとんど不可					
備考							
担当介護支援専門員	事業所名			電話番号			
	氏名						

説明確認及び情報収集に係る同意	<p>私は、貴施設への入所申し込みの際し、申し込みから契約までの手続き及び入所順位の決定方法について、施設から説明を受けました。</p> <p>なお、貴施設が入所順位決定のため必要な範囲内において、私（入所希望者及びその家族等）に関する情報を、市町村、担当地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、他の介護保険施設及び医療機関から収集すること、また関係市町村に報告提供することに同意します。</p>						
	<p>令和 年 月 日</p>						
	<p>入所希望者</p>						<p>Ⓜ</p>
<p>入所希望者の家族</p>						<p>Ⓜ</p>	