

介護老人福祉施設 入所申込書



申込番号

申込日

年 月 日

ふりがな			<input type="checkbox"/> 男	生年 月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 (歳)				
利用者氏名	様		<input type="checkbox"/> 女						
現住所					電話	() -			
現在 いるところ	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 介護保険施設 <input type="checkbox"/> その他の施設								
病院もしくは 施設の名称					電話	() -			
申込者 (当施設からの 連絡に使用しま す)	氏名			続柄			電話	() -	
	住所	〒	区市	町					
ご家族	氏名			続柄	○ — □				
	氏名			続柄					
	氏名			続柄					
	氏名			続柄					
	氏名			続柄					
介護保険	保険者	<input type="checkbox"/> 昭島市 <input type="checkbox"/> 新宿区 <input type="checkbox"/> その他の区市町村 ()							
	被保険者番号							生活保護	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	要介護区分	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 現在申請中							
	有効期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日							
	ケアマネジャー				事業所名				
状 況	同居の方	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> ご夫婦のみ <input type="checkbox"/> ご夫婦以外の同居者がいる							
	主な介護者	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない 健康状態： <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病弱 <input type="checkbox"/> 障害がある							
	介護を手伝う方	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない 手伝う方： <input type="checkbox"/> 親族 <input type="checkbox"/> 近所の方 <input type="checkbox"/> その他							
	住宅環境	<input type="checkbox"/> 自宅に戻れない <input type="checkbox"/> 立ち退きを求められている <input type="checkbox"/> その他							
		<input type="checkbox"/> エレベーターのない集合住宅に住む <input type="checkbox"/> 自分の部屋がない							
		<input type="checkbox"/> 風呂やトイレが住む階にない <input type="checkbox"/> その他							
認知症の状況	<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食 大きな声をあげる								
特別な医療	<input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 注射 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置 <input type="checkbox"/> その他								
現在 利用している 介護保険 サービス	<input type="checkbox"/> 訪問介護 (ホームヘルプサービス) <input type="checkbox"/> 短期入所 (ショートステイサービス) <input type="checkbox"/> 通所介護 (デイサービス) <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリ (デイケアサービス) <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> その他のサービス (

私は、貴施設の入所に関する方法や手続きについて説明を受けました。この申込書にある内容を
 保険者・地域包括支援センター・指定するケアマネジャーへ提供することに同意します。

また、貴施設へ入所が決定した場合は、保険者・市内の介護老人福祉施設へ入所決定したことを、
 通知することに同意します。

特別養護老人ホームニューフジホーム 施設長 様

平成 年 月 日

氏名

印

わかる範囲で結構ですので状況をお知らせ下さい。該当するものに○をおつけください

身体状況							
視力	普通	見えにくい	見えない	眼鏡使用			
聴力	普通	聞こえにくい	聞こえない	補聴器使用			
言語	普通	やや不自由	不自由	程度	軽度	中度	高度
褥瘡(床ずれ)	なし	あり	部位				
おむつ	なし	あり	(紙おむつ	パンツタイプ)			

日常生活動作				
歩行	自分で可	一部介助	全介助	
排泄	自分で可	一部介助	全介助	
食事	自分で可	一部介助	全介助	
主食	常食	粥食	流動食	治療食
経管栄養	なし	あり	鼻腔	胃ろう
食べ方	箸	スプーン	フォーク	
義歯	なし	あり		
入浴	自分で可	一部介助	全介助	
更衣	自分で可	一部介助	全介助	
認知症(痴呆)	なし	あり	症状	
身長・体重	cm	体重	kg	

身体状況について(特に記すべきこと)

認知症について(介護や見守りを要する認知症の症状)

疾患について(投薬内容・医療器具の使用など介護や看護を要する疾患等)

