

特別養護老人ホーム入所申込書

- 特別養護老人ホーム 芦原メロン苑 施設長 殿
 地域密着型特別養護老人ホーム 芦原メロン苑 施設長 殿
 地域密着型特別養護老人ホーム 湯の町メロン苑 施設長 殿

申込日 令和 年 月 日

受付担当者

申込者	ふりがな	
	氏名	
	続柄	
	住所	
	電話 (市外)	

特記事項(施設が記入)

入所を希望する人、その状況について

※該当するところは記入か○印、口にはレ印を付けてください

ふりがな		男	保険者	
氏名		女	被保険者番号	
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 (才)		要介護度	1・2・3・4・5・未認定
住所				
生活	<input type="checkbox"/> 自宅で1人暮らし <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らす <input type="checkbox"/> 他の施設(老健・療養型・福祉施設・高齢者住宅)に入所中(施設名) <input type="checkbox"/> 現在入院中(病院名 時期 年 月から入院)			
介護	<input type="checkbox"/> 介護する人がいない <input type="checkbox"/> 介護する人が(高齢・虚弱・就労中・育児中・複数介護・介護放棄)で自宅では困難 <input type="checkbox"/> 介護する人の(身体的・精神的)負担が大きくて自宅では困難 <input type="checkbox"/> 自宅で介護を始めた時期(平成 年 月頃から) <input type="checkbox"/> 現在、居宅サービスを利用して(いる・いない) <input type="checkbox"/> 認知症の程度(日常生活自立度 I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M)			
医療	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 褥瘡(床ずれ) <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> その他() 現在治療中の病気など (主治医) (歯科医)			
申込み希望	<input type="checkbox"/> この施設のみ申込み <input type="checkbox"/> 他の施設にも申込み ・すでに申込み済施設() () ・これから申込み施設() ()			

主に介護している人について

※介護している人と申込者が同じでもこの欄に再記入してください

氏名		続柄	
同居別	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 同じ敷地にいる <input type="checkbox"/> 近くで別居 <input type="checkbox"/> 遠くで別居		
意見など	介護で困っていること		

※ 裏面にも記入してください。

本人の状況について(別紙1)

入所希望者氏名		認定期間：平成・令和 年 ~ 令和 年
		要介護度：

1. 本人の状況について、お尋ねします。当てはまる番号を○で囲んでください。

視力	1 見える	2 見えない	3 見えているかわからない
聴力	1 聞こえる	2 聞こえない	3 大きな声なら聞こえる
会話	1 出来る	2 出来ない	3 つじつまが合わない
理解力	1 ある	2 ない	3 わからない・まだらである
立ち上がり	1 出来る	2 出来ない	3 何かにつかまれば出来る
寝返り	1 出来る	2 出来ない	3 何かにつかまれば出来る
歩行	1 出来る	2 出来ない	3 何かにつかまれば出来る
車イス	1 必要(座位可・座位不可リクライニング) 2. 不要		
	移乗(自立・一部介助・全介助) 操作(自立・一部介助・全介助)		
食事	1 自分で食べる	2 一部介助が必要	3 全介助が必要
	4 経管栄養(胃ろう)		
排泄	1 自分で出来る	2 一部介助が必要	3 オムツ使用
	常時オムツ・尿取りパット・はくオムツ・夜のみオムツ・ポータブルトイレ使用・尿瓶		
尿意・便意	1 ある(尿・便)	2 ない(尿・便)	3 時々ある(尿・便)
入浴	1 自分で出来る	2 介助が必要(歩行介助・チェア浴・寝台浴)	
身体マヒ	1 ある(右・左)(上肢・下肢)		2 ない
拘縮	1 ある 肘(右・左) 膝(右・左) 股関節(右・左)		2 ない
行動障害	1 ある 徘徊・不潔行為・異食行為・ひどい物忘れ・()		2 ない

2. 認知症および障害等(行動障害のある方は、状態を出来るだけ詳しくご記入下さい。)

3. 既往歴・現病歴

年 月		病名	薬剤
年 月			
年 月			
年 月			
年 月			

4. 主治医、または入院先の病院・担当医名

病院名		電話		担当医	
-----	--	----	--	-----	--

