

社会福祉法人聖啓会 特別養護老人ホーム菜の花 入所申込書

申込年月日 平成 年 月 日
 申込書有効期限（2年後）平成 年 月 日

施設長 様

※施設記入欄

初回申込日	平成	年	月	日
-------	----	---	---	---

1 入所申込者の状況

(フリガナ) 氏名	-----		性別	生 年 月 日	
			男・女	明・大・昭 年 月 日 (歳)	
住 所	〒 (-) TEL				
介護保険	保険者名	市(区) 町・村	被保険者番号		
要介護度	1. 要介護度1 2. 要介護度2 3. 要介護度3 4. 要介護度4 5. 要介護度5 6. その他				
現在の状況	1. 自宅で生活 2. 特別養護老人ホームに入所している (施設名) 3. その他の施設、病院等に入所している (施設、病院名)				
入所を希望する時期	1. すぐにでも入所したい 2. 6か月以内には入所したい 3. 当面は必要ないが、将来的には入所したい				

家族、身元引受人等（申込者）の連絡先

(フリガナ) 氏名	-----	性別	続 柄		
		男・女	生年月日 M・T・S・H 年 月 日生 (歳)		
住 所	〒 (-) TEL ()				

2 家族の状況

	項 目
該当する 項目1つ に○をつ けてくだ さい	1. ひとり暮らし
	2. 家族全員(未成年者を除く)が要介護状態、病気療養中又は障害を有するため、介護が困難
	3. 家族全員(未成年者を除く)が要支援状態又は75歳以上であるため、介護が困難
	4. 同一世帯に要介護状態、病気療養中又は障害を有する者が複数いるため、介護が困難
	5. 上記以外の状態で介護が困難

※裏面も記入してください。

※入所申込後にご本人及び家族の状況に変化が生じた場合は、
相談員までご通知ください。

(裏面)

入所希望者氏名

3 その他事項 記入または該当するものに○をつけください。

身長	約	cm	体重	約	kg
移動方法	独歩・杖・シルバーカー・歩行器・車椅子（自走・介助）・ほぼ寝たきり				
食事制限	なし・あり（糖尿食・高血圧食・その他）				
食事形態	常食・軟飯・お粥・その他（経管栄養・経鼻栄養・胃ろう・その他）				
食事自立度	自立・見守り・一部介助・全介助				
着替え	自立（不安定・安定）・見守り・一部介助・全介助				
排泄	自立・見守り・一部介助・全介助	尿意なし・あり 失禁なし・あり オムツなし・あり			
入浴・入浴形態	自立・見守り・一部介助・全介助	一般浴・椅子型・ストレッチャー浴・その他			
視力・聴力	視力 問題 なし・あり（ ）	聴力 問題 なし・あり（ ）			
意思疎通	可 不可 条件による（ ）				
生活歴（酒・煙草）	飲酒なし・あり（1日平均 程度）		喫煙なし・あり（1日平均 程度）		
その他生活歴					
認知症・ 精神の症状	1. 何らかの認知症を有するが、日常生活はほぼ自立している 2. 日常生活に支障があるような症状が見られるが、誰かが注意していれば自立できる 3. 日常生活に支障があるような症状が見られ、介護を必要とする 4. 日常生活に支障があるような症状が頻繁に見られ、常に介護を必要とする 5. 著しい精神症状や問題行動が見られ、専門医療を必要とする 自傷行為、せん妄、徘徊、奇声、摂食異常、不潔行為、攻撃的行為等の行動、あるいは精神障害がある場合は、その状況や頻度等を具体的に記載してください。 （ ）				
かかりつけ医	（ 市・町）医療機関名		医師名		
病名					
医学的管理	在宅酸素・インスリン注射・尿管カテーテル・人工肛門・褥瘡・痰の吸引 ペースメーカー・透析・疥癬・MRSA・その他（ ）				
定期受診	なし・あり（ ）				
定期服薬	なし・あり				
居宅支援事業所	市・町 (TEL - -)		担当ケアマネ名		
現在利用中の 介護サービス	(通所・短期入所など) ※入所・入院の場合→ ()からの退所が予定されている・いない				
受付施設・紹介者 (ある場合)					
収入状況(年金等)					
	介護保険負担限度額認定証 有・無 社会福祉法人等利用者負担軽減確認証 有・無				
その他、家族の状況・介護に於いて特に困っていること					

