

受付日：

入 所 申 込 書

特別養護老人ホーム竜成園 施設長殿

申込日：平成 年 月 日

申込者 (代理人)	住 所	〒 ー	電 話 番 号
	フリガナ		入所希望者との続柄
	氏 名		

特別養護老人ホーム竜成園 に入所したいので、次の通り申し込みます

入 所 希 望 者 の 状 況	住 所	〒 ー	電 話 番 号	
	フリガナ		性 別	
	氏 名		男 ・ 女	
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)		
	健康保険	種 別	記号・番号	
	年金等	種 別		
	障害手帳等	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 (※障害認定を受けている場合は、()の中もお書き下さい。) 手帳の名称 _____ (障害名 _____) (判定 種 級(度)・ 年 月 日認定)		
	介護保険	被保険者番号		
	要介護認定	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 ※申請中の場合 (申請日： 年 月 日) 認定有効期間 年 月 日～ 年 月 日 (認定日 _____)		
	現 況	<input type="checkbox"/> 自 宅 <input type="checkbox"/> 入 院 中 <input type="checkbox"/> 入 所 中		
	かかりつけ医	病院名	診療科目	
	施設及び 病院等	現在 入所・入院 している施設 及び病院等	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> ケアハウス (軽費老人ホーム) <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> その他 (_____) 施設・病院等名 _____ 所 在 地 _____ 電 話 番 号 _____ 年 月頃より入所・入院 施設等から退所 (退院) を求められて (いる・いない) 病名 _____ 服薬状況 _____ _____	

入 所 希 望 者 の 状 況	移 動	歩 行	<input type="checkbox"/> つかまり歩き <input type="checkbox"/> 杖・歩行器使用 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 寝たきり			
		状 態	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全部介助	
	転倒・ 転落の 危険性	歩 行	<input type="checkbox"/> 危険性低	<input type="checkbox"/> 中	<input type="checkbox"/> 高	
		車椅子	<input type="checkbox"/> 危険性低	<input type="checkbox"/> 中	<input type="checkbox"/> 高	
		ベッド	<input type="checkbox"/> 危険性低	<input type="checkbox"/> 中	<input type="checkbox"/> 高	
	排 泄	状 態	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全部介助（排泄の拒絶）あり・なし	
		尿 意	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ない	
		便 意	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ない	
		おむつ	<input type="checkbox"/> 不使用	<input type="checkbox"/> 夜のみ	<input type="checkbox"/> 昼夜	
	食 事	状 態	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全部介助	
		種 類	主食 <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 軟食 <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> ペースト食 副食 <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> ペースト食			
		嚥 下	<input type="checkbox"/> むせない	<input type="checkbox"/> 時々むせる	<input type="checkbox"/> 毎回むせる	
	入 浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全部介助		
	更 衣	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全部介助		
	視 力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 弱視	<input type="checkbox"/> 全盲		
	聴 力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やや難聴	<input type="checkbox"/> 難聴		
言 葉	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やや不自由	<input type="checkbox"/> 不自由			
その他	(補足または特記事項がありましたら、具体的にお書き下さい)					
認 知 症 ・ 精 神 状 況	状 態 ※最も近い状態 にチェック	<input type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状が見られるが、ほぼ自立できる。 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 著しい精神状況や、問題行動が見られ、専門医療を必要とする。 <input type="checkbox"/> 認知症・精神上の問題なし				
	症 状 ※該当するもの全 て にチェック	<input type="checkbox"/> 攻撃的行為 <input type="checkbox"/> 自傷行為 <input type="checkbox"/> 破壊行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 大声奇声 <input type="checkbox"/> うつ状態 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 発奮 <input type="checkbox"/> 幻覚妄想 <input type="checkbox"/> 人物誤認 <input type="checkbox"/> 夜間せん妄 <input type="checkbox"/> 不安焦燥感 <input type="checkbox"/> 感情不安定 <input type="checkbox"/> 介護拒否 <input type="checkbox"/> 収集癖 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 睡眠障害 <input type="checkbox"/> 物忘れ <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 作話 <input type="checkbox"/> その他 ()				
入 所 を 希 望 す る 理 由	<input type="checkbox"/> 身寄りがなく、介護者がいない <input type="checkbox"/> 定期的な介護可能者が、希望者の居住地と同一市町村及び、隣接市町村外に住んでいる <input type="checkbox"/> 定期的な介護可能者が、希望者の居住地と同一市町村及び、隣接市町村内に住んでいる <input type="checkbox"/> 主介護者が、病院等に長期入院中などの状況により、事実上介護が不可能 <input type="checkbox"/> 主介護者が、要介護状態、病気療養中、障害を有するなどの状況にあり、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 主介護者が、要支援状態、高齢等の状況にあり、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 主介護者が、複数の介護や育児、または就業しているために十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護者の身体的・精神的負担が大きい <input type="checkbox"/> 病院や他施設等から退院・退所を求められているが、在宅での介護が困難 <input type="checkbox"/> 当該施設を退所して長期入院することになったが、在宅での介護が困難 <input type="checkbox"/> その他 () ※該当するもの全てにチェック					

家族の状況	氏名 ※主介護者には□をチェック	続柄	年齢	職業	居別	(別居の場合)	
						住所	電話番号
	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		
	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		
	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		
	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		
	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		
	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		

家族図	※男性→△ 女性→○ ご本人→二重 同居→○で囲む 死去→黒塗り				例) ご本人女性、配偶者死去、子供は二人 長男家族と同居の場合		

身元引受人	氏名	続柄	年齢	職業	住所	電話番号

入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 年 月頃までには入所したい					
--------	---	--	--	--	--	--

お部屋の希望	<input type="checkbox"/> 従来型個室	<input type="checkbox"/> 4人部屋	<input type="checkbox"/> ユニット型個室	<input type="checkbox"/> どれでもよい
--------	--------------------------------	-------------------------------	----------------------------------	---------------------------------

申込み状況	<input type="checkbox"/> 当該施設にのみ申し込み <input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込んでいる (施設名 _____)					
-------	--	--	--	--	--	--

担当ケアマネージャー	氏名		連絡先	
	事業所名		所在地	

説明確認欄	私は、入所申込みに際し、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。 また、申込書にある内容を保険者・指定するケアマネージャーへ提供することに同意します。 (個人情報については目的以外に使用することは致しません) 平成 年 月 日 氏名 _____			
-------	---	--	--	--

※介護保険被保険者証・直近3ヶ月分のサービス利用票及び、別表の写しを添付してください。 ※
 お薬の説明書の写しを添付してください。(処方箋の内容)