

特別養護老人ホーム ユニット型特別養護老人ホーム サンサンホーム入所申込書

施設に入所したいので、次のとおり申し込みます。

同意欄	施設入所の円滑化に資するため、入所判定及び入所申込者の状況把握に必要な範囲に限り、行政機関等に対し、入所申込書及び添付書類に記載の個人情報を提供し、また行政機関・担当ケアマネージャー等から、入所判定に必要な個人情報の提供を受けることに同意します。		
	年	月	日 (入所申込者) 名前 ㊟

申請者 (連絡先)	住所	〒 _____	電話	_____
	名前	_____	携帯	_____
			入所申込者との関係	_____

入所申込者の状況	フリガナ	_____	性別	保険者	_____
	名前	_____ 印	男・女	被保険者番号	_____
	生年月日	_____年 _____月 _____日		要介護状態区分	要介護(1・2・3・4・5)
	現住所	〒 _____		要介護認定有効期間	_____年 _____月 _____日から _____年 _____月 _____日まで
	状況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人で暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 老健などの施設や病院に入っている(入所、入院中の方は次の項目にご記入ください) ※施設名又は病院名： ※所在地： ※入所又は入院期間： _____年 _____月から			
	住環境	<input type="checkbox"/> 車いすを使用しているが、住居の廊下等の構造が適していないため、介護が困難 <input type="checkbox"/> 住居の便所、浴室、階段等の形態や構造が適していないため、介護が困難 <input type="checkbox"/> その他(_____)			
	特例入所の理由	[要介護1又は2の入所申込者のみ記入] ※在宅生活が著しく困難な理由を記載(認知症・知的障がい・精神障がい等、単身世帯・同居家族が高齢等により、在宅生活が困難な状態であることがわかるように)			
	入所希望時期	<input type="checkbox"/> できるだけ早く入所したい <input type="checkbox"/> 将来的なことを考えて申込みをしておきたい			
医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養(IVH) <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> じょく瘡(床ずれ) <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工膀胱 <input type="checkbox"/> その他(_____)				
特養申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申込み <input type="checkbox"/> 他の施設にも申込みをしている(申込みをしている施設名： _____)				

主介護者	フリガナ	_____	性別	本人との関係	_____
	名前	_____	男・女	生年月日	_____年 _____月 _____日
	同居有無	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(<input type="checkbox"/> 同一市内 <input type="checkbox"/> 県内市外 <input type="checkbox"/> 県外) <input type="checkbox"/> その他(_____)			

その他の家族(配偶者・子等)	名前	_____	年齢	_____	同居 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(<input type="checkbox"/> 同一市内 <input type="checkbox"/> 県内市外 <input type="checkbox"/> 県外)	入所申込者との関係	_____
	名前	_____	年齢	_____	同居 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(<input type="checkbox"/> 同一市内 <input type="checkbox"/> 県内市外 <input type="checkbox"/> 県外)	入所申込者との関係	_____
	名前	_____	年齢	_____	同居 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(<input type="checkbox"/> 同一市内 <input type="checkbox"/> 県内市外 <input type="checkbox"/> 県外)	入所申込者との関係	_____
	名前	_____	年齢	_____	同居 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(<input type="checkbox"/> 同一市内 <input type="checkbox"/> 県内市外 <input type="checkbox"/> 県外)	入所申込者との関係	_____
	名前	_____	年齢	_____	同居 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(<input type="checkbox"/> 同一市内 <input type="checkbox"/> 県内市外 <input type="checkbox"/> 県外)	入所申込者との関係	_____
	名前	_____	年齢	_____	同居 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(<input type="checkbox"/> 同一市内 <input type="checkbox"/> 県内市外 <input type="checkbox"/> 県外)	入所申込者との関係	_____

調査票

特養サンサンホーム入所申込用

記入者	名前		入所申込者との関係	
	所属			
	所属住所	〒		
	電話			

記入日 年 月 日

入所申込者の状況	フリガナ			生年月日	年 月 日	施設記入欄	
	名前						
	現住所	〒					
	医療状況	現在治療中の病名					
		主治医病院名・ 病院住所・ 担当医師名					
在宅サービス利用率	()	※申込日の属する月の前3か月について、[利用単位合計÷ % 支給限度額合計] (小数点以下四捨五入)により算出					
入所申込者の身体状況等	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 全盲 眼鏡使用： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	着脱衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや難聴 <input type="checkbox"/> 難聴 補聴器使用： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	排泄	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> オムツ (自立・声かけ誘導・一部介助・全介助)			
	意思疎通	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> ときどき可 <input type="checkbox"/> ほとんど不可 <input type="checkbox"/> 不可	移動	<input type="checkbox"/> 歩行(自力・杖・歩行器) <input type="checkbox"/> 車椅子(自力・介助) <input type="checkbox"/> 不可			
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	入浴	<input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	整容	洗面： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 歯磨き： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 入れ歯： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
	認知症・精神状態等	<input type="checkbox"/> 認知症 有 [認知症高齢者の日常生活自立度：] <input type="checkbox"/> 認知症の行動・心理症状(BPSD) 有 <input type="checkbox"/> 精神障がい 有 <input type="checkbox"/> 知的障がい 有 ※上記項目に該当がある場合は、下欄に認知症や精神障がい等に伴う行動や症状等を具体的に記載 () <input type="checkbox"/> 特になし					
	手帳の有無	身体障がい者手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(種 級/障がい名：)					
		療育手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(等級：)					
		精神障がい者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(等級：)					

介護者の状況	<input type="checkbox"/> 介護者が就業等で介護が困難 <input type="checkbox"/> 複数の要介護者がいるため介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護者が要支援状態・高齢・病気等で十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護者が要介護状態・障がい等を有するなど、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護者が長期入院中で、介護が困難 <input type="checkbox"/> 身寄りや介護者が誰もいない ※該当する状況にチェックしてください(複数回答可)	
	在宅生活が困難な理由(次の該当する選択肢にチェックし、具体的内容を記載)	
介護支援専門員の意見	<input type="checkbox"/> 本人の心身の状況 (内容:)	
	<input type="checkbox"/> 経済的理由 (内容:)	
	<input type="checkbox"/> 家族の介護負担 (内容:)	
	<input type="checkbox"/> 住環境 (内容:)	
	<input type="checkbox"/> その他 (内容:)	
その他特記事項 ----- ----- ----- ----- -----		

※各項目については、原則介護支援専門員、病院・施設の相談員等、入所申込者の状況を把握している方が記入してください。