

入所申込書

受付年月日 令和 年 月 日 ()

ふりがな		性別	生年月日 明治		
申込者氏名		男・女	大正 年 月 日		
			昭和 (満 歳)		
申込者住所	〒	電話番号			
		現在の居場所			
介護保険	被保険者番号：		要介護度：1・2・3・4・5 (○で囲む)		
	保険者： 市・町・村		負担限度額認定証 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (段階)		
	認定の有効期限：令和 年 月 日		負担割合	割	
	～ 令和 年 月 日		障害手帳等	無・有 (障害名 級)	
担当居宅支援事業所			担当ケアマネージャー		

ふりがな		電話番号	
相談者氏名		緊急連絡先	
		携帯番号	
ふりがな		続柄	
相談者住所	〒		

医療に関する状況	現在治療中の病気 病名 (年 月 ～)			
	特別な医療的対応 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (有の方は下の項目に印をお願いします) <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> その他 ()			
既往歴	発症日時	病名	治療状況等 (入院・通院)	医療機関
	年 月			
	年 月			
	年 月			
かかりつけの医療機関			担当医	

当施設を希望された理由

※裏面もございます

介護に関する状況	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 食物アレルギー 有 ・ 無 (好物: 苦手:)
	排泄 オムツの使用	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 昼夜 <input type="checkbox"/> 夜のみ
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 歩行器使用 <input type="checkbox"/> 車イス使用 <input type="checkbox"/> 寝たきり
	衣服 脱着	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	視力	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> やや見えにくい <input type="checkbox"/> かなり見えにくい <input type="checkbox"/> 全く見えない
	聴力	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> やや聞こえにくい <input type="checkbox"/> かなり聞こえにくい <input type="checkbox"/> 全く聞こえない
	意思の伝達	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや伝えにくい <input type="checkbox"/> かなり伝えにくい <input type="checkbox"/> 全く伝えられない

※家族構成 (ご本人にとって、子・その配偶者も含む)

氏名	続柄	年齢	職業	連絡先	居住関係	備考
					同居・非同居	
					同居・非同居	
					同居・非同居	
					同居・非同居	
					同居・非同居	
					同居・非同居	
					同居・非同居	

※主たる介護者の状況

氏名:	年齢: 続柄: <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 非同居
就労状況	<input type="checkbox"/> 就労していない <input type="checkbox"/> 就労している (週 日 時間程度) 勤務先 () 勤務先電話番号 () 連絡を取りやすい時間帯 ()
他に対応を要する家族の有無 (該当する場合のみチェック)	<input type="checkbox"/> 育児の必要な家族がいる <input type="checkbox"/> 入所希望者以外に介護の必要な家族がいる (要支援・要介護) <input type="checkbox"/> 介護の必要な障害を有する家族がいる (障害の種類) (級)
介護協力者の有無	<input type="checkbox"/> 協力してくれる人がいない <input type="checkbox"/> 親族以外の協力者 (近隣者) がいる <input type="checkbox"/> 同居以外の親族に協力者がいる <input type="checkbox"/> 同居親族に協力者がいる
介護をしていて困っていること、その他特記すべき事項	

※その他

・特別養護老人ホームの申込み <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済 (施設名)
・緊急時搬送希望病院 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (① ② ③)
・希望部屋タイプ <input type="checkbox"/> 個室 <input type="checkbox"/> 2人部屋 <input type="checkbox"/> 4人部屋
・希望洗濯方法 <input type="checkbox"/> 自宅洗濯 <input type="checkbox"/> 業者洗濯 (クリーニング) ※後日変更可能