

特別養護老人ホーム入所申込書

申込者(連絡先) ※今後、郵便物などは下記の連絡先へとお送りさせていただきます。

申込日	令和	年	月	日
受付日	令和	年	月	日

住所	(〒 -)
氏名	
電話	()

特別養護老人ホームに入所したいので、次のとおり申込します。

申込先	特別養護老人ホーム緑苑	保険者		
入所希望者の状況(レ点記入願います)	(フリガナ)	性別	被保険者番号	
	氏名	男・女	要介護度 1・2・3・4・5	
	生年月日	大正・昭和 年 月 日(歳)	認定期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで
	現住所(所在地)	(〒 -)		
	現況	<input type="checkbox"/> 自宅で独りでくらしている。 <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている。 <input type="checkbox"/> 施設や病院に入っている。 施設名または病院名【 】 所在地(市区名)【 】 入所又は入院時期【平成 年 月から 入所・入院 している】		
	(複数可)	<p style="color: red;">※入所申込ができるのは原則として要介護度3以上の方です。 (要介護度1・2の方については、入所を必要とするやむを得ない理由が必要となります。)</p> <input type="checkbox"/> 介護する者がいないため。 <input type="checkbox"/> 介護する者が『高齢』『障害』『疾病』等により、十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 介護する者が就労していることから、十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 介護する者の身体的負担、精神的負担が大きく、十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 居住環境の諸事情により、十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 施設や病院から退所、退院を求められているが、自宅での介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> その他【 】		
	入所希望理由	<p>※要介護度1・2の方については、以下該当するものを回答してください。</p> <input type="checkbox"/> 認知症である者であって、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられる。 <input type="checkbox"/> 知的障害、精神障害等を伴い、日常生活に支障を来すような症状や行動、意思疎通の困難さ等が頻繁にみられる。 <input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全、安心の確保が困難である <input type="checkbox"/> 単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である等により、家族等による支援が期待できず、かつ、地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分である。		
	希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい。 / <input type="checkbox"/> 【平成 年 月】頃までには入所したい。		
	医療状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃婁 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 現在治療中の病気・特記事項等		
	申込状況	<input type="checkbox"/> 緑苑のみの申込 <input type="checkbox"/> 他施設も申し込んでいる。(または予定) 【 】 【 】 【 】 【 】		
介護者情報	(フリガナ)	性別	続柄	
	氏名	男・女	生年月日 大・昭 年 月 日(歳)	
	現況区分	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している【住所: 】		
	ご意見	<input checked="" type="checkbox"/> 困っていること、不安なことをお書きください。		

※『被保険者証(写し)』を添付してください。

生活歴等調査票 (該当する箇所に『レ』をつけ、必要事項を記入してください。)

入所希望者氏名: _____ 年齢 _____ 歳 記入者氏名: _____

【既往歴及び現病名】

身体状況 (レ点記入願います)	視力	<input type="checkbox"/> 普通(日常生活に問題がない程度) <input type="checkbox"/> 弱視(目の前のものは見える。遠くのは、ぼんやりと輪郭がわかる) <input type="checkbox"/> 全盲
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通・日常会話に支障はない (<input type="checkbox"/> 両耳 <input type="checkbox"/> 右耳 <input type="checkbox"/> 左耳) <input type="checkbox"/> やや大き目の声で聞こえる (<input type="checkbox"/> 両耳 <input type="checkbox"/> 右耳 <input type="checkbox"/> 左耳) <input type="checkbox"/> 耳元で話せば聞こえる (<input type="checkbox"/> 両耳 <input type="checkbox"/> 右耳 <input type="checkbox"/> 左耳) <input type="checkbox"/> 聞こえない (<input type="checkbox"/> 両耳 <input type="checkbox"/> 右耳 <input type="checkbox"/> 左耳)
	意思の疎通 (表現)	<input type="checkbox"/> 相手に理解させることができる。 <input type="checkbox"/> 通常は理解させることができるが、言葉を思い出したり、考えをまとめることが困難。 <input type="checkbox"/> 具体的な内容に限られる。 <input type="checkbox"/> ほとんどできない。 <input type="checkbox"/> 言語障害がある。
	意思の疎通 (理解)	<input type="checkbox"/> ほとんど理解している。 <input type="checkbox"/> 普段は理解しているが、時折困難。 (認知症や疾患により、その時々で理解度が異なる。) <input type="checkbox"/> 具体的な内容に限られる。 <input type="checkbox"/> ほとんど理解できない。
	食事	<input type="checkbox"/> 自分で食べることができる。 <input type="checkbox"/> 見守りや声掛けが必要。 <input type="checkbox"/> 少しの介助があれば、食べることができる。 <input type="checkbox"/> 全面的に介助が必要。 <input type="checkbox"/> 経管栄養等(口から食べることができない。)
	移動	<input type="checkbox"/> 屋外・室内ともに、自分で歩くことができる。(<input type="checkbox"/> 単独 <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 歩行器使用) <input type="checkbox"/> 室内であれば、自分で歩くことができる。(<input type="checkbox"/> 単独 <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 歩行器使用) <input type="checkbox"/> 介助者が付き添えば、歩くことができる。(<input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 歩行器使用) <input type="checkbox"/> 歩行はできないが、何かに掴まれば、立つことはできる。 <input type="checkbox"/> 車椅子を自分で動かして、移動することができる。 <input type="checkbox"/> 車椅子を使用しているが、自分で動かすことができない。 <input type="checkbox"/> ベッドのみの生活。(移動時 : <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー)

在宅の方	<p>【現在、主に利用しているサービス種類はなんですか】</p> <p><input type="checkbox"/> 訪問介護(ホームヘルパー) <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション</p> <p><input type="checkbox"/> 訪問医療 <input type="checkbox"/> デイサービス・デイケア <input type="checkbox"/> ショートステイサービス</p> <p><input type="checkbox"/> 居宅支援事業所名 担当ケアマネ名</p> <p>ご家族形態追加 <input type="checkbox"/> ご自宅で夫婦で生活 <input type="checkbox"/> ご自宅で夫婦と子供世帯等多数で生活</p> <p><input type="checkbox"/> その他【 】</p>
	<p>【ご利用している方は、現在利用しているサービスに不満（ある・ない・不明）】</p> <p><input type="checkbox"/> 具体的内容【 】</p>
	<p>【介護者されている方は、現在利用しているサービスに不満（ある・ない・不明）】</p> <p><input type="checkbox"/> 具体的内容【 】</p>
施設入所中の方	<p>【現在入所中の施設への入所理由はなんですか】</p> <p><input type="checkbox"/> 本人の身体的理由【 】</p> <p><input type="checkbox"/> 本人の精神的理由【 】</p> <p><input type="checkbox"/> 介護者の身体的理由【 】</p> <p><input type="checkbox"/> 介護者の精神的理由【 】</p>
	<p>【現在入所中の施設より、退所を勧められていますか】</p> <p><input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい【いつ頃までに 】</p>
病院入院中の方	<p>【現在入院中の病院への入院理由はなんですか】</p> <p><input type="checkbox"/> 本人の疾病により入院【病名： 】</p> <p><input type="checkbox"/> リハビリテーション・療養目的</p> <p><input type="checkbox"/> その他【 】</p>
	<p>【現在入所中の病院より、退院を勧められていますか】</p> <p><input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい【いつ頃までに 】</p>

<p>【ご本人様は、特別養護老人ホームへの入所を希望されていますか】</p> <p><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 確認していない <input type="checkbox"/> 現在の本人の状態では理解できない</p> <p><input type="checkbox"/> いいえ（入所の際に、ご本人様は拒否されると考えられる / 特にないと思う）</p>
<p>【特別養護老人ホームへの入所にあたり、心配や不安はありますか】</p> <p><input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 現在のところ、思い当たらない</p> <p><input type="checkbox"/> ある【 】</p>
<p>【お申込者様以外の親族の方は、特別養護老人ホームの入所を希望されていますか】</p> <p><input type="checkbox"/> はい</p> <p><input type="checkbox"/> いいえ（確認していない / 他に親族がいない / その他【 】）</p>

ご記入ありがとうございました。その他、なにかございましたら、別紙添付をお願い致します。