

介護老人福祉施設 入所申込書



申込番号

申込日

年 月 日

ふりがな			□男	生年 月 日	□明治 □大正 □昭和	
利用者氏名	様	□女	年 月 日 (歳)			
現住所				電話	() -	
現在いるところ	□ 自宅 □ 病院 □ 介護保険施設 □ その他の施設					
病院もしくは施設の名称				電話	() -	
申込者 (当施設からの連絡に使用します)	氏名		続柄		電話	() -
	住所	〒	区	市	町	
ご家族	氏名		続柄		○ — □	
	氏名		続柄			
	氏名		続柄			
介護保険	保険者	□昭島市 □その他の区市町村 ()				
	被保険者番号					生活保護 □あり □なし
	要介護区分	□1	□2	□3	□4	□5 □現在申請中
	*要介護1又は2の方は、特養以外での生活が著しく困難である事情を記入すること					
	・認知症により常時見守りが必要 ・精神障害や知的障害等により、地域での生活が困難 ・虐待により心身の安全確保が必要 ・その他：					
	有効期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日				
	ケアマネジャー			事業所名		
状 況	同居の方	□一人暮らし □ご夫婦のみ □ご夫婦以外の同居者がいる				
	主な介護者	□いる □いない / □病気がある □仕事している □障害がある				
	介護を手伝う方	□いる □いない / 手伝う方：□親族 □近所の方 □その他：				
	住宅環境	□生活する自宅がない □介護環境が整えない				
		□入浴やトイレが使用できない □その他：				
	身体状況	□独歩 □つたい歩き □杖歩行 □歩行器 □車椅子（自走・介助）				
	認知症の状況	□徘徊 □奇声大声 □妄想・幻覚 □不潔行為 □その他：				
特別な医療	□吸引 □注射 □点滴 □褥瘡の処置 □その他：					
現在利用している介護保険サービス	□ 訪問介護（ホームヘルプサービス） □ 短期入所（ショートステイサービス） □ 通所介護（デイサービス） □ 訪問看護 □ 通所リハビリ（デイケアサービス） □ その他のサービス ()					

私は、貴施設の入所に関する方法や手続きについて説明を受けました。この申込書にある内容を
 保険者・地域包括支援センター・指定するケアマネジャーへ提供することに同意します。

また、貴施設へ入所が決定した場合は、保険者・市内の介護老人福祉施設へ入所決定したことを、
 通知することに同意します。

特別養護老人ホーム 施設長 殿
 年 月 日

氏名 _____

※わかる範囲で結構ですので現在の状況をお知らせください。該当する箇所に○をつけてください。

身体状況と日常生活動作		
※ 身体状況	麻痺 なし ・ あり [上肢 右 ・ 左] [下肢 右 ・ 左]	
	※備考（機能障害など）	
視力	普通 ・ 見えにくい ・ ほとんど見えない ・ 見えない	※備考（老眼鏡や補聴器など）
聴力	普通 ・ 聞こえにくい ・ ほとんど聞こえない ・ 聞こえない	
※ 移動方法	独歩 ・ 伝い歩き ・ 杖歩行 ・ 歩行器 ・ 車椅子	※備考（歩行状態や転倒歴など）
移動動作	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助	
※ 食事形態	常食 ・ お粥 ・ ミザ-粥 ・ （おかず） 一口大 ・ 柔らか目 ・ 刻み食	
食事状況	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ 経管栄養（経鼻・胃瘻） ・ その他	
	※備考（摂取量や嚥下状態など）	
※ 排泄方法	トイレ ・ おむつ ・ バルーンカテーテル ・ ポ-タブルカテーテル ・ 尿器 ・ 膀胱瘻	
排泄動作	自立 ・ 声掛け見守り ・ 一部介助 ・ 全介助	
	※備考（排泄状況など）	
※ 認知症について（介護や見守りを要する認知症の症状など）		
※ 疾病について（既往症や投薬内容、介護や看護を要する疾病や医療行為など）		