

特別養護老人ホーム羽衣の園 入所申込書

平成____年____月____日

施設長 様

※施設記入欄

初回申込日	平成____年____月____日
-------	-------------------

1 入所申込者の状況

(フリガナ) 氏名		性別	生年月日
		男・女	明・大・昭 年 月 日 (歳)
住所	〒 (-) Tel		
介護保険	保険者名	市(区) 町・村	被保険者番号
要介護度	1. 要介護度1 2. 要介護度2 3. 要介護度3 4. 要介護度4 5. 要介護度5 6. その他		
有効期限	平成____年____月____日 から 平成____年____月____日		
障害手帳	無・療育手帳 () ・精神障害者保健福祉手帳 () 級 ・身体障害者手帳 () 級		
現在の状況	1. 自宅で生活 2. 特別養護老人ホームに入所している (施設名) 3. その他の施設、病院等に入所している (施設名) ※退所、退院する予定がありますか? (ある ・ 今のところない)		
入所を希望する時期	1. すぐにも入所したい 2. 6ヶ月以内には入所したい 3. 当面は必要ないが、将来的には入所したい		
本人の意向	入所希望 ・ 迷っている ・ 拒否 ・ 知らせていない ・ 認知機能低下により理解が困難		

家族、身元引受人等の連絡先

(フリガナ) 氏名		続柄
住所	〒 (-) Tel 携帯 Tel	

2 家族の状況

	項 目
該当する項目1つに○をつけてください	1. ひとり暮らし 2. 家族全員 (未成年者を除く) が要介護状態、病気療養中又は障害を有するため、介護が困難 3. 家族全員 (未成年者を除く) が要支援状態又は75歳以上であるため、介護が困難 4. 同一世帯に要介護状態、病気療養中又は障害を有する者が複数いるため、介護が困難 5. 上記以外の状態で介護が困難

3 担当ケアマネジャー、主治医

担当ケアマネジャー	事業所名：	名前：	電話
主治医		通院回数 回/	電話
その他の定期的な通院		通院回数 回/	電話

※裏面もご記入下さい。

※ご本人およびご家族の状況に変化が生じた場合は、入所優先順位が変わることがありますので、ご連絡いただくか、改めてお申し込みください。

4 申込者（ご本人）、ご家族等の状況

申込み者（ご本人）の状態や介護の状況等、配慮が必要なことを具体的にお書き下さい。

家族構成（配偶者およびお子さん、お孫さんの状況）

氏名	年齢	続柄	住所

申込み者（ご本人）の身体状況、お部屋の希望等（該当する箇所には○をつけて下さい。）

入浴	一般浴	機械浴	リフト浴	その他	着脱	自立	介助
食事	自立	一部介助	全介助	その他（	）		
排泄	自立	一部介助	全介助	その他（	）		
排泄方法	トイレ	Pトイレ	リハビリパンツ	オムツ	その他（	）	
歩行	自立	杖歩行	歩行器	車イス	その他（	）	
夜間の状況	良眠		不眠	睡眠薬の使用	有 無		
認知症	有	無	認知症高齢者の日常生活自立度	I	II a	II b	III a III b IV M
部屋の希望	どこでも	ユニット	個室	多床室			
医療の状況	胃ろう	鼻腔	インスリン	服薬	床ずれ	痰の吸引	その他（
既往歴及び 現在症							

身体状況、医療面について他に伝えたいことがありましたらお書き下さい。

5 介護保険サービス利用状況（サービス利用票のコピー添付でも可）

サービス種類	サービス提供者	利用日数（1週間で使用している日数）
ヘルパー		
ショートステイ		
デイサービス		
その他		

6 その他事項（家族の状況等、介護について困っていることがありましたら、お書き下さい。）

※要介護1・2の方は特列入所の要件に該当する方に限り、入所対象者となります。

該当の有無等につきましては、担当ケアマネジャーまたは市役所にお問い合わせください。