

## 特別養護老人ホーム高麓 入居申込書

記入日 令和 年 月 日

施設長 様

続柄

記入者氏名

## 1 入居申込者の状況

(フリガナ) 氏 名		性 別 男・女	要介護度	認定の有効期間 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで						
生年月日	明・大・昭 年 月 日 ( 歳)	被保険者番号								
		保険者	市(区)・町・村							
住 所	〒 ( - )	負担割合証	1割	2割	3割					
		負担限度額認定証	なし	あり	( 段階)					
		本人収入	一か月	約	万円					
電話	( ) -	課税状況(市町村民税)	課税	非課税	※本人が属する世帯全員					
入居希望時期	1. すぐにでも入居したい 2. 6か月以内には入居したい 3. 将来的には入居をしたい									
希望する居室	※複数選択可 1. ユニット型個室 2. 従来型個室 3. 多床室(4人部屋)									
身 体 の 状 態	医療	病名 ペースメーカー・インスリン・経鼻栄養・胃瘻・吸引・酸素療法・導尿カテーテル・ストマ(人工肛門)・その他								
	食事	1. 自分で食べられる 2. 少し手伝いが必要 3. 全て手伝う 4. 経管栄養(胃瘻)								
	排泄	1. 自分でトイレに行く 2. 手伝えばトイレでできる 3. おむつをしている								
	移動	1. 一人で歩ける 2. 支えれば歩ける 3. 車椅子を使う 4. 寝たきり								
	麻痺	1. ない 2. ある → 部位 [ ]								
認知症の状況	有・無	認知症日常生活自立度	自立	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M
認知症状の具体的症状	(物忘れ・異食・徘徊・不潔行為・放尿・作話・妄想・収集癖・幻視・幻聴・暴言・暴行・その他)									
障害者手帳等の有無 (知的障害・精神障害等の状況)	有・無 ※有の方は、右記へ	身体障害者手帳 ・ 療育手帳 ・ 精神障害者保健福祉手帳								
居宅サービスの利用状況	*利用サービス、利用頻度、利用期間を記載してください。									

家族、身元引受人等の連絡先 \*介護者欄には、主たる介護者に◎、介護協力者に○を記載してください。

(フリガナ) 氏 名		続柄	介護者	生年月日	大・昭・平 年 月 日
住 所	〒 ( - )	電話	自宅 携帯		
(フリガナ) 氏 名		続柄	介護者	生年月日	大・昭・平 年 月 日
住 所	〒 ( - )	電話	自宅 携帯		

(裏面も記入してください。)

2 介護者等の状況（現在、自宅で生活の場合及び施設に入所しているが退所が予定されている場合に記載）

主たる介護者等の状況で、該当する項目1つに○をつけて、必要事項を記入してください	1. ひとり暮らしで、介護者がいない
	2. 介護者が要介護状態、病気療養中又は障害を有することにより、介護が困難 〔 要介護状態区分:( ) 病気療養中:(病名等 ) 障害の等級等:( ) 〕 介護が困難な状況 :
	3. 介護者が要支援状態又は高齢者であることにより、介護が困難 〔 要支援状態区分:( 1 ・ 2 ・ 事業対象者 ) 年齢:( 歳 ) 〕 介護が困難な状況 :
	4. ひとり暮らしで、介護者がいるが、日常的に介護を受けることが困難 〔 介護が困難な状況 : 〕
	5. 複数人を介護しているため、介護が困難 〔 申込者以外の介護の状況 : 〕
	6. 介護者が就労をしているため、介護が困難 〔 就労の状況 ( 週 回 ) (1日当たり 時間 ) (夜勤: 有・無) 〕
	7. 介護者が育児をしているため、介護が困難 〔 育児の状況 (育児の対象 歳児) (育児の頻度: 常時 半日程度 臨時的) 〕
	8. 上記以外の状態で介護が困難 〔 介護が困難な状況 : 〕

3 施設入所の状況（該当する施設に入所している場合に記載）

該当する項目1つに○をつけてください	1. 自宅で生活（小規模多機能型居宅介護・看護小規模多機能居宅介護はこちらを含む）
	2. 老人ホーム(養護・軽費・住宅型有料) サービス付き高齢者向け住宅、法令で定めるその他の福祉施設 3. 特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、グループホーム、2のつち介護付きの施設、病院
	【 施設・病院名 】
	年 月 日頃から入居（入院）している 退居（退院）予定 → なし・あり【いつ頃 月】

4 その他事項（家族の状況、経済的な事情等、特に介護において困っていることがあれば記載してください。）

〈家族構成〉 配偶者（有・無）子供（ 人 ） 兄弟（ 人 ）	
〈施設入居後の希望〉最期をどこでどのように過ごすことを希望されますか。	

担当ケアマネジャー	氏名	事業所名
主治医	氏名	病院名
その他の定期受診	<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 耳鼻科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 形成外科 <input type="checkbox"/> その他	