

指定介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)入所申込書

記入みほん

申込日 令和 年 月 日

指定介護老人福祉施設:特別養護老人ホーム 岩手和敬荘 施設長 様

年に一度 お申込みの状況に変わりがないか追跡調査を行いますので、その際の送付先となるご家族、また、電話にてご連絡させて頂く事もありますので、主に入所申込みに関しての窓口になる方のお名前をお願いします。

申込者
ご本人
ご家族
代理人

住所	〒020-0801 盛岡市浅岸三丁目23-50	
ふりがな	あさぎ いちろう	本人との続柄
氏名	浅岸 一郎	長男
電話番号	651-6111 (携帯:090-〇〇△-××■)	

ケアマネジャー、病院、入所施設等へ、当方から直接問い合わせをして良い場合は可、そうでない場合は否へ○をつけて下さい。

入所される方のお名前をお願いします。

次の者が貴施設に入所したいので申し込みます。(関係機関への問い合わせ 可・否)

ご希望の送付先を記入下さい。

ふりがな	あさぎ たろう	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢	86 歳
ご本人の氏名	浅岸 太郎	生年月日	大正 15年 1月 15日		
本人の現住所	〒 同上		電話番号	(同上)	
郵便等の送付先	<input checked="" type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 上記以外	住所	申込者と同じ ※申込者以外を希望される際には送付先を記入		

介護保険証を発行した市町村名になります。

介護保険証をご確認の上、ご記入下さい。認定更新、区分変更中の際は現在の介護度でお願いします。

要介護認定状況	被保険者番号(右詰め)	0 0 0 0 △ △ 〇 1 5 0	保険者(市町村)	盛岡市
	要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 ※市町村への照会: 年 月 日 結果: <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5		
	認定期間	令和 8年 5月 1日 ~ 令和 12年 4月 30日		

※ こちらは、記入不要です。

主に介護している方、多く関わっているご家族の方の状況を記入下さい。親、配偶者、兄弟(弟妹)、子、介護をしている姪甥孫などになります。

主たる介護者の状況	ふりがな	あさぎ はなこ	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	続柄	妻
	氏名	浅岸 花子	生年月日	大正 20年 1月 1日 年齢 81 歳		
	居住状況	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(住所)				
	疾病	<input checked="" type="checkbox"/> あり(具体的な症状や治療の頻度) リウマチ、変形膝関節症 月1回定期通院 <input type="checkbox"/> なし				

入所される方以外にも、要介護状態の方の介護をされている、または未就学児等の育児をしている場合。

定期的に通院加療が必要な持病など

就労	<input type="checkbox"/> 働いている <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 会社等勤務(□常勤 □パート等) <input type="checkbox"/> その他()
	<input checked="" type="checkbox"/> 働いていない(□介護に専念 <input checked="" type="checkbox"/> 高齢 <input type="checkbox"/> 健康不安 <input type="checkbox"/> その他()
	複数介護 <input type="checkbox"/> 申込者以外の介護や育児あり(具体的に:) <input checked="" type="checkbox"/> なし

デイサービスやヘルパーなど利用されているサービスにチェックをしてください。

指定居宅介護サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 指定居宅サービスを利用している(ただし、福祉用具貸与は除く) <input type="checkbox"/> 利用していない
	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input checked="" type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> 短期入所 上記サービスの週当たりの利用日数 <input type="checkbox"/> 1~2日 <input type="checkbox"/> 3~4日 <input checked="" type="checkbox"/> 5~7日
	住居形態 <input checked="" type="checkbox"/> 戸建住宅(□平屋 □階建) <input type="checkbox"/> アパート・マンション(階/エレベーター □有 □無)

ご自宅、生活している住居について、介護しづらい状況を記入下さい。例)玄関の段差、廊下が車椅子で通れない等

現在、病院へ入院中の方、老人保健施設などの施設に入所中の方、有料老人ホーム、グループホームに入居されている方は記入下さい。

住居環境	介護環境	特記事項(トイレや浴室、段差等)	玄関に段差、トイレ狭く車椅子不可、風呂またげない
	病院名	施設名	電話番号
	退院等の見込み	<input type="checkbox"/> 退院(所)を勧められている <input type="checkbox"/> 退院(所)したい(□病気が治った □金銭負担が重い)	

ご自宅で介護できない状況について記入してください。例)車椅子になり、自宅では介護できない。例)介護負担が大きくなり、自宅で介護することが出来ない。

手術や大きな骨折など、これまでの病歴を記入してください。

特筆すべき事項(特に入所の要件関連)	<input type="checkbox"/> 認知症があり、日常生活に支障を来す <input type="checkbox"/> 知的障がい、精神障がい <input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待が疑われる <input type="checkbox"/> 単身世帯等で家族等による支援が期待できない <input type="checkbox"/> 上記の状態が介護者の急死等で発生
	<input checked="" type="checkbox"/> 上記がIII A ※ こちらは、記入不要です。

担当のケアマネジャーさんがいる場合は記入下さい。

医療的処置の状況	現病名や既往歴	脳梗塞後遺症(左麻痺) 高血圧 認知症 白内障 腰椎圧迫骨折 前立腺肥大
	医療的処置の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> たんの吸引 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input checked="" type="checkbox"/> テーテル留置 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> その他()

お持ちの方は○をつけて下さい。

他の施設へ申し込まれている際は記入して下さい。

参考事項	他施設への申込	<input type="checkbox"/> 当施設のみへ申込み <input type="checkbox"/> 他の施設にも申込んでいる <input type="checkbox"/> これから他の施設にも申込み
	入所時期の希望	<input type="checkbox"/> 今すぐにも入所したい <input type="checkbox"/> 1年以内に入所したい <input type="checkbox"/> 年 月 日頃入所したい
	健康保険種別	後期高齢 年金種別 厚生・遺族 障害手帳 <input checked="" type="checkbox"/> 有・無 生活保護受給 <input checked="" type="checkbox"/> 有・無

生活保護を受給されている方は○をつけて下さい。

介護保険負担限度額認定証をお持ちの方はお知らせ下さい。

注)介護保険の被保険者証をご持参の上、施設に提示して下さい。

負担限度額 非該当 該当

居室希望 個室 多床室 どちらでも可

ご希望の居室についてお答え下さい。

入所申込者基本情報

1. 本人の状況

自宅以外に長期的に滞在している場合は、施設の種類や施設名について記入して下さい。

現在の居所	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 介護保険施設(特養・老健・養護・軽費・ケアハウス) <input type="checkbox"/> グループホーム		
	<input type="checkbox"/> 有料老人ホームなど <input type="checkbox"/> その他(施設名等:)		
サービスの利用状況	<input type="checkbox"/> 訪問介護(週 回)	<input checked="" type="checkbox"/> 通所介護(週5 回)	<input type="checkbox"/> 訪問リハ(週 回)
	<input type="checkbox"/> 訪問看護(週 回)	<input type="checkbox"/> 通所リハ(週 回)	<input checked="" type="checkbox"/> 短期入所(月8 日)
食事摂取	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 介助(一部・全部)	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 介助(一部・全部)
	<input type="checkbox"/> 常食 <input checked="" type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> ミキサー		<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> つかまり歩き
	<input type="checkbox"/> ソフト食 <input type="checkbox"/> 経管栄養(胃・鼻)		<input type="checkbox"/> 歩行器 <input checked="" type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 寝たきり
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 介助(一部・全部)	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 介助(一部・全部)
	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> リハパン <input checked="" type="checkbox"/> おむつ	更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 介助(一部・全部)
視力	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 支障がある()	言語	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 支障がある()
聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input checked="" type="checkbox"/> 支障がある(右が聞こえづらい)	意思疎通	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 支障がある()

2. 認知症状等

現在の症状について該当するものにチェックをしてください。

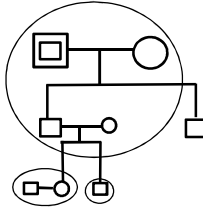
認知症の具体的な症状	<input checked="" type="checkbox"/> 認知症(重い・軽い・なし)	認知症の有無、程度についてお答え下さい。	
	<input type="checkbox"/> 同じ話を何度もする	<input checked="" type="checkbox"/> すぐ前にあった事を忘れる	<input type="checkbox"/> 季節や時間の感覚がわからない
	<input type="checkbox"/> 場所がわからない	<input type="checkbox"/> 家族の顔がわからない	<input type="checkbox"/> 知人の顔がわからない
	<input type="checkbox"/> 食事の仕方がわからない	<input type="checkbox"/> 排泄の仕方がわからない	<input type="checkbox"/> 今までしていた事ができなくなる
	<input type="checkbox"/> 抑うつ状態	<input type="checkbox"/> 依存傾向にある	<input type="checkbox"/> 判断能力が低下している
	<input type="checkbox"/> 昼夜逆転がある	<input type="checkbox"/> 幻覚症状がある	<input type="checkbox"/> 妄想的な言動がある
	<input type="checkbox"/> 会話が成り立たない	<input type="checkbox"/> 異食・過食がある	<input type="checkbox"/> 徘徊がある
	<input type="checkbox"/> 些細なことに興奮する	<input type="checkbox"/> 介護されることに抵抗する	<input type="checkbox"/> 攻撃的な行動・言動がある
	<input type="checkbox"/> 怒りっぽい	<input type="checkbox"/> 弄便・おむつを外す	<input type="checkbox"/> その他()

3. 介護者の状況

主介護者以外のご家族について記入して下さい。

□養育について
未就学児の育児をしている場合、または障がいのある方の養育、要介護認定を受けている家族を介護している場合など

□健康状態について
本人のご病気や障がい、または要介護認定を受けている場合など

氏名 浅岸 けいこ (男)女	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(市町村名:)	家族構成図 <input type="checkbox"/> ...本人 
続柄(長男の妻) (50 才)	<input checked="" type="checkbox"/> 就労(常勤・パート) <input type="checkbox"/> 養育 <input type="checkbox"/> 健康状態()	
氏名 浅岸 次郎 (男)女	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(市町村名: 東京都)	
続柄(次男) (48 才)	<input checked="" type="checkbox"/> 就労(常勤・パート) <input type="checkbox"/> 養育 <input type="checkbox"/> 健康状態()	
氏名 ○○ ○○ (男)女	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(市町村名: 宮城県)	
続柄(孫) (25 才)	<input type="checkbox"/> 就労(常勤・パート) <input type="checkbox"/> 養育 <input type="checkbox"/> 健康状態()	
氏名 青山 ○○ (男)女	<input type="checkbox"/> 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居(市町村名: 北海道) 大学生	
続柄(孫) (21 才)	<input type="checkbox"/> 就労(常勤・パート) <input type="checkbox"/> 養育 <input type="checkbox"/> 健康状態()	
氏名 () (男)女	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(市町村名:)	
続柄() (才)	<input type="checkbox"/> 就労(常勤・パート) <input type="checkbox"/> 養育 <input type="checkbox"/> 健康状態()	※同居している場合は ○ で囲む

4. 特記事項(困っていること、伝えたいこと等)

※ 記入頂いた項目以外の事でも、同じ事でも構わないので、お困りのことなどご自由に記入して下さい。
