

入所申込書

地域密着型特別養護老人ホーム
ときわ燕 施設長様

申込年日	平成	年	月	日
受付年月日	平成	年	月	日
受付者				

入所希望者（申込者）

フリガナ		被保険者番号	
氏名		保険者 (市町村)	
生年月日	明・大・昭 年 月 日	要介護度	1・2・3・4・5
性別	男・女	有効認定期間	平成 年 月 日～ 年 月 日
現住所	〒 - Tel () 携帯		
本人の居所 (現住所と異なる場合に記入)	<input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> その他 () 入院・入所先名称 () 入院・入所時期 (平成 年 月～) 退院・退所予定日 (平成 年 月頃)		
認定審査会意見			

申請者（申込代理者）

フリガナ		入所希望者 との続柄	
氏名			
住所	〒 - Tel () 携帯		

介護保険法に基づき要介護認定を受けましたので、この入所申込書により入所を希望します。

なお、入所の待機中に、貴施設以外の施設に入所が決定した場合、また要介護度や連絡先、介護状況等について変更がありました場合は、速やかに貴施設に連絡いたします。

申 込 予 定	貴施設のみ ・ 他にも申し込む 箇所（予定）
同 意 書	入所希望者、介護者を円滑に支援するために、市町村、ケアマネジャー等にこの申込内容を情報提供することに同意します。 また、入所申込から入所契約までの手続き及び入所順位の決定方法について、施設から説明を受けました。 平成 年 月 日 入所申込者又は申込代理者氏名 ㊟

担当介護支援専門員氏名	
事業所名	
連絡先電話番号	

地域密着型特別養護老人ホーム ときわ燕 調査表

		整理番号：	入所希望者氏名：	記入者氏名：			
現況		独居・高齢者世帯・家族同居 入院中（病院名： ） 入所中（施設名： ）					
生活状況	移動	歩行・杖・歩行器・車椅子・ストレッチャー その他（ ）		介助	自立・一部介助・全介助		
	食事	主食：米飯・粥・ミキサー（箸・スプーン） 副食：常食・荒刻み・刻み・ミキサー		介助	自立・一部介助・全介助		
	更衣			介助	自立・一部介助・全介助		
	整容			介助	自立・一部介助・全介助		
	排泄	トイレ・ポータブル・尿器・便器・オムツ カテーテル・人工膀胱・人工肛門		介助	自立・一部介助・全介助		
	入浴	家庭浴・座浴・寝浴・その他（ ）		介助	自立・一部介助・全介助		
	送迎	車椅子（要・不要） ストレッチャー（要・不要）					
※記入にあたっては、要介護認定調査時の資料から転記していただいても結構です							
身体状況	視力	普通・見えにくい・見えない		身長	cm	体重	kg
	聴力	普通・聴こえにくい・聴こえない		精神状態	安定・不安定（幻覚・興奮・攻撃・他）		
	発語	普通・やや不自由・不自由		認知症	無・有（日常生活自立度Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・Ⅳ・Ⅴ・Ⅵ）		
	理解力	普通・分かりにくい・分からない		問題行動	無・有（徘徊・不潔行為・他）		
健康状況	現疾患			病歴			
	主治医	病院名： 医師名：		TEL			
	医療の状況	経管栄養・胃ろう・カテーテル・人工膀胱・人工肛門・インシュリン・在宅酸素・その他（ ）					
	感染症	無・有（ ）		アレルギー	無・有（ ）		
	皮膚刺激	普通・弱い		麻痺	無・有（ ）		
	便秘	無・有（服薬：無・有）		拘縮	無・有（ ）		
	睡眠	良・不良（服薬：無・有）		褥瘡	無・有（ ）		
	嚥下	異常なし・むせる・つまる		湿疹	無・有（ ）		
入れ歯	無・有（上・下）		口腔状況	良・否（ ）			
介護の状況	主たる介護者氏名	年齢	歳	性別	男・女	続柄	
	就労状況等	就業中・共働き・育児・その他（ ）					
	介護期間	年 月頃から	その他の介護者		無・有（ ）名		
	窓口相談	無・有 介護事業所・市町村・在宅介護支援センター・その他（ ） 居宅介護支援事業者名（ ） 介護支援専門員名（ ）					
住環境	区分	持ち家（ 階 エレベーター 無・有 ）・借家（ 階 エレベーター 無・有 ）					
	住宅改修	可・不可・改修済（ ）					
	立地等	在宅サービス利用に問題点 無・有 有の場合（送迎・訪問・その他）					
【その他の特記事項】※介護上の注意点や特別な介護方法など							

