

※全個室となっています。
(多床室はありません)

受付日	受理番号	受付印
年 月 日		

地域密着型老人福祉施設 小規模特別養護老人ホーム「昴」入所申込書

申込日：令和 年 月 日

申込者	住所	〒 _____		
	(フリガナ)			
	氏名	入所希望者との続柄		
		電話番号	自宅 携帯電話	

貴施設に入所したいので、次のとおり申し込みます。

入所希望者の状況	(フリガナ)								性別	□男 □女	
	氏名										
	住所	〒 _____							電話番号		
	生年月日	明・大・昭	年	月	日	(歳)					
	健康保険	種別						記号・番号			
	年金等	種別									
	障害者手帳等	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (※障害認定を受けている場合は、()の中もお書き下さい。)									
		手帳の名称 _____ (障害名 _____) (判定 種 級 (度) ・ 年 月 日認定)									
	介護保険	被保険者番号									
	要介護認定	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 ※ 申請中の場合 (申請日：令和 年 月 日)									
		認定有効期間	年 月 日 ~			年 月 日 (認定日			年 月 日)		
	介護保険負担限度額認定証	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有									
	かかりつけ病院	(病院等名)					(診療科目)				
担当ケアマネージャー	氏名					所在地					
	事業所名					電話番号					
居宅サービス利用状況	<input type="checkbox"/> 訪問介護 (週 回) <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 (週 回) <input type="checkbox"/> 訪問看護 (週 回) <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション (週 回) <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 (月 回) <input type="checkbox"/> 通所介護 (週 回) <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション (週 回) <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護/療養介護 (ショートステイ) (最近3ヶ月の利用回数の合計 _____) <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問看護 (週 回) <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 (週 回) <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 (週 回) <input type="checkbox"/> 福祉用具の貸与・購入 <input type="checkbox"/> その他 _____										

<p>身体 事 撰 取</p> <p>排 泄</p> <p>入浴</p> <p>更衣</p> <p>移動</p> <p>転倒・転落の 危険性</p> <p>視力</p> <p>聴力</p> <p>言語</p> <p>その他</p> <p>認知症・精神上の 状況</p> <p>症状(困っている症 状を具体的に記載 してください)</p>	食	状態	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	事	種類	主食	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 半粥 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー
			副食	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> ミキサー
	撰	嚥下(飲み込み)	<input type="checkbox"/> むせない <input type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> 毎回むせる	
	取	状態	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
		尿意	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない	
		便意	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない	
		おむつ使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 昼夜 <input type="checkbox"/> 夜間のみ	
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (歩行： <input type="checkbox"/> つかまり歩き(手引き歩行) <input type="checkbox"/> 杖・歩行器使用 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 寝たきり)		
	転倒・転落の 危険性	歩行の場合 ふらつき→ <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない 車いすの場合 車いすから立ち上がって(ずり落ちて)転倒・転落する危険性 <input type="checkbox"/> 高い <input type="checkbox"/> やや高い <input type="checkbox"/> あまりない <input type="checkbox"/> ない 寝たきりの場合 ベッドから転落する危険性 <input type="checkbox"/> 高い <input type="checkbox"/> やや高い <input type="checkbox"/> あまりない <input type="checkbox"/> ない		
	視力	<input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 人の動きがわかる程度 <input type="checkbox"/> ほとんど見えない		
	聴力	<input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 大きい声で話せば聞き取れる <input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない		
	言語	<input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> はっきり話すことがやや困難 <input type="checkbox"/> はっきり話すことができない(聞き取ることが難しい)		
	その他	補足すべき心身の状態があれば、具体的に記載してください		
認知症・精神上の 状況	<input type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状がみられるが、ほぼ自立している <input type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状がみられるが、誰かが注意(声かけ、見守り等)していれば自立できる <input type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状がみられ、介護を必要とする <input type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状が頻繁にみられ、常に介護を必要とする <input type="checkbox"/> 著しい精神症状や問題行動が見られ、専門医療を必要とする <input type="checkbox"/> 認知症・精神上の問題なし			
症状(困っている症 状を具体的に記載 してください)	例・常時徘徊するため困っている 家族の名前・顔がわからない 大声や奇声を発するなど			

※最も近い状態に
チェック☑してく
ださい

医療的管理状況

対応可能 内服薬 胃ろう 痰吸引 酸素療法（在宅酸素） その他
要相談 フォーレ ストマ（人工肛門） 疼痛コントロール（癌性等）
対応困難 血糖測定 インシュリン注射 透析 気管切開 経鼻経管栄養 膀胱瘻

現在治療中の疾病
 病名： _____
 感染症： あり なし 不明
 通院・入院中の医療機関： _____
 既往症： _____

主たる介護者・家族等の状況

①世帯状況	<input type="checkbox"/> 独居世帯 <input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯 <input type="checkbox"/> その他 (_____)		
②主たる介護者の生年月日・続柄	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日	続柄
③介護者の障害・疾病	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (_____) <input type="checkbox"/> 介護は困難 <input type="checkbox"/> 多少は可能 <input type="checkbox"/> 介護は可能		
④介護者の就労	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (職種等 _____) 勤務 _____ 日/週 時間/日		
⑤介護者の育児・家族の病気	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (_____) <input type="checkbox"/> 常時育児・看病 <input type="checkbox"/> 随時育児・看病 <input type="checkbox"/> 臨時育児・看病		
⑥他の同居介護補助者	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (続柄 _____ 日/週程度)		
⑦別居血縁者の介護協力	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (続柄 _____ 日/週程度)		

家族構成等

独居世帯 高齢者世帯 家族同居世帯

◎身元引受人（緊急連絡先）

氏名	(ふりがな)	続柄	住所 〒 _____
			電話番号 _____

勤務先 _____ 電話番号 _____

◎同一生計者

氏名	続柄	性別	生年月日	職業・電話番号（勤務先）	備考

◎本人の子供（別世帯）

氏名	続柄	性別	生年月日	職業・電話番号（勤務先）	備考

