

(表面)

特別養護老人ホームいづテラス 入所申込書

令和 年 月 日

施設長様

※施設記入欄

初回申込日 令和 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	申請中	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5			
入所を希望 する時期	1. すぐにでも入所したい 2. 6ヶ月以内には入所したい 3. 将来的には入所したい								
介護保険負担限度額認定	有・無	段階	社会福祉法人減免			有・無			
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
認知症の 具体的症状									
知的障害・精神障害等の状況	* 手帳交付の有無、障害の等級等を記載してください								
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								
現在の 状況	1. 自宅で生活 2. 介護保険施設等（住宅型有料老人ホーム、サービス付高齢者向け住宅、病院等を含む）に入所 退所予定の有無： 有・無 （有の場合 退所予定時期： ）								

家族・身元引受人の連絡先 * 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	年齢	介護者
住所	〒(-)		Tel ()	
(フリガナ) 氏名		続柄	年齢	介護者
住所	〒(-)		Tel ()	
(フリガナ) 氏名		続柄	年齢	介護者
住所	〒(-)		Tel ()	

(裏面も記入してください)

(裏面)

2. 介護者等の状況（現在、自宅で生活の場合およ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して下さい）

主たる 介護者の 状況 該当する 項目1つに ○をつけて 下さい	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、病気療養中または障害を有することにより、介護が困難 要介護状態区分：()・障害の等級等：() 病気療養中：(病名等) 介護が困難な状況：
	3. 介護者が要支援状態また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)・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. 介護者が就労しているため、介護が困難 就労の状況：(週 回)・(1日あたり 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・半年程度・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して下さい）

該当する 項目1つに ○をつけて 下さい	1. 養護老人ホーム・軽費老人ホーム 住宅型有料老人ホーム・サービス付高齢者向け住宅 法令で定めるその他の福祉施設 (介護付の施設は2へ) (施設名)
	2. 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 1のうち介護付の施設・病院 (施設名)

4. その他の事項（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下さい）

--

担当ケアマネジャー	氏名	事業所名
主治医	氏名	病医院名

* 入所申込後に本人および介護者の状況に変化が生じた場合は、必ずご連絡ください

■ 申込者の日常生活について

食事	自力・介助（食事形態）
排泄	自立・介助でトイレ使用・おむつ・その他（）
入浴	普通浴・特別浴（）
歩行・移動	独歩・杖歩行・車椅子・その他（）
視力	生活に支障なし・生活に支障あり（）
聴力	生活に支障なし・生活に支障あり（）
会話	生活に支障なし・生活に支障あり（）
今までにかかった病気	
医療情報	<input type="checkbox"/> 経管栄養（鼻腔・胃ろう） <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン <input type="checkbox"/> その他（）

■ その他（家族状況や介護する上で特に困っていることがありましたらご記入ください）

（家族関係図） 亡くなった方、別居の方も含めて記載願います。