

入 所 申 込 書

令和 年 月 日

整理番号 _____

特別養護老人ホームいなほの里 施設長 様

特別養護老人ホームいなほの里に入所したいので、申し込みます。

ふりがな				性別	
氏名					
現住所	〒 電話番号 ()				
生年月日	年 月 日生まれ ()歳				
介護保険証	被保険者番号		要介護度		
	認定有効期間	～			
その他 保険証等	<input type="checkbox"/> 健康保険(種別 番号)				
	<input type="checkbox"/> 年金 (種別)				
	<input type="checkbox"/> 障害者手帳(種類 種 級 (障害名))				
居宅サービス等 の利用状況	サービス種類	1ヶ月あたり 利用回数	事業所名		
家族構成	氏名	続柄	氏名	続柄	
申請者	(住所)				
	(氏名) (続柄)				
	(連絡先)				
担当介護支援 専門員	事業所名				
	氏名				
(施設使用欄)					

入所希望者の状況

希望者氏名 _____

項 目	利用者の状況	
要 介 護 度	□1 □2 □3 □4 □5	
家族の状況	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 家族と同居(構成)次男夫婦、孫 <input type="checkbox"/> その他()	
現在の居場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 介護保険施設・病院等 (施設名) (入所期間 平成 年 月 日から) <input type="checkbox"/> その他()	
心身の状況	食事	介助の要否 要()・不要 食事の内容 主食() 副食() 汁()
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助() <input type="checkbox"/> 全介助 おむつの使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜のみ <input type="checkbox"/> 常時
	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"/> 一部介助() <input type="checkbox"/> 全介助
	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助() <input type="checkbox"/> 全介助 歩行状況 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 移動困難
	視力	<input type="checkbox"/> 日常生活に支障あり() <input type="checkbox"/> 支障なし
	意志疎通	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや困難() <input type="checkbox"/> 困難()
介護者の状況	<input type="checkbox"/> 介護者なし <input type="checkbox"/> 介護者はいるが、高齢・障害等の理由により常時介護不可 <input type="checkbox"/> 介護者はいるが、遠距離在住等別居状態にあり十分な介護不可 <input type="checkbox"/> 介護者はいるが、就業等の理由により十分な介護不可 <input type="checkbox"/> 介護者がおり、ほぼ常時介護可能 <input type="checkbox"/> その他()	
	主たる介護者	
	希望者との関係	
医療等の状況	<input type="checkbox"/> 周辺症状(自傷行為、不潔行為、常時徘徊など) ()	
	<input type="checkbox"/> 医学的措置(留置カテーテル、経管栄養など) ()	
特記事項		