

# 特別養護老人ホーム赤井江マリンホーム 入所申込書

特別養護老人ホーム 赤井江マリンホーム 園長 様

[太枠の中をご記入ください]

※この欄は記入しないで下さい

申込日	平成	年	月	日
-----	----	---	---	---

受付日	平成	年	月	日
担当・氏名				

## 1. 申込者

ふりがな		続柄	電話番号	
氏名			自宅	
			携帯・会社等	
住所	〒			

## 2. 入所希望者の状況

ふりがな		性別	男 ・ 女	
氏名		生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和	歳
			年	月
住所	〒			
介護保険	被保険者番号			保険者名
	要介護度	要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5		
	認定期間	平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日		
担当介護支援専門員	いる ・ いない → いる場合は以下の項目を記入して下さい。			
	事業所名			
	氏名			
	電話番号			
健康保険	種別			記号・番号
障害者手帳等	有 ・ 無			
	障害名			
	判定	第 種 級		
受給年金	種類			年収
生活保護	有 ・ 無			
現況	【自宅】			
	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> その他(同居家族 人)			
現況	【病院(施設)に入院(入所)中】			
	病院・施設の名称( 年 月 日から入院(入所)している			
介護期間	年 月から介護が必要になった			

医療の状況	病名	医療機関名	期間
・治療中の 病気			年 月～
			年 月～
			年 月～
			年 月～
			年 月～
・既往歴	病名	医療機関名	期間
			年 月～ 年 月
			年 月～ 年 月
			年 月～ 年 月
			年 月～ 年 月
・次の処置を現在されている方は、該当を○で囲んで下さい			
胃ろう 鼻腔栄養 透析 尿カテーテル ストマ(人工肛門) インシュリン注射 血糖値測定 気管切開 酸素療法 吸引(日 回) その他( )			
現在服用している薬を記入して下さい			
入所希望の理由や現在の生活で困っていることなどがありましたら、ご記入して下さい			
入所希望者、家族の意向			
他施設への 申込み状況	他の施設への申込状況 <input type="checkbox"/> 他の施設には申し込んでいない <input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込んでいる( )カ所 (施設名 )		

### 3. 入所希望者の身体状況

現在のお体の状況について記入して下さい(該当箇所○)						
視力	支障なし	弱視(右・左)	眼鏡	全盲		
聴力	支障なし	やや難聴(右・左)	難聴(右・左)	補聴器(右・左)		
会話	できる	ある程度できる	できない			
麻痺	無	有(部位	)	拘縮	有・無	
食事	自立	見守り	一部介助	全介助	経管栄養(胃ろう・鼻腔)	
	主食	常食	お粥	ミキサー食	その他( )	
	副食	常食	刻み(粗・超)	ミキサー食		
	飲み込み	むせない	時々むせる	いつもむせる	水分でむせる	
入浴	自宅	訪問入浴	その他( )			
	自立	見守り	一部介助	全介助		
排泄	自立	見守り	一部介助	全介助		
	尿意	ある	時々ある	ない		
	便意	ある	時々ある	ない		
	昼間	トイレ	尿器	紙パンツ	紙おむつ	その他( )
	夜間	トイレ	尿器	紙パンツ	紙おむつ	その他( )
更衣	自立	見守り	一部介助	全介助		
移動	歩行可能	→ 自立	杖	歩行器	シルバーカー	
	車いす使用	→ 自立	見守り	一部介助	全介助	
移乗	自立	見守り	一部介助	全介助		
立ち上がり	自立	見守り	一部介助	全介助		
認知症状	有・無					
特記事項	下記の事項は介護するにあたって支障がある場合にチェックをつけて下さい。 <input type="checkbox"/> 徘徊する <input type="checkbox"/> 奇声や大声をあげる <input type="checkbox"/> 被害妄想がある <input type="checkbox"/> 暴言や暴力がある <input type="checkbox"/> 夜間不眠や昼夜の逆転がある <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 放尿、放便 <input type="checkbox"/> 介護に対しての拒否 <input type="checkbox"/> 不潔行為がある <input type="checkbox"/> その他介護する上で問題となる行動がある ( )					
生活歴	県 で生まれた。父は 、母は の仕事をしていた。					
	兄弟は 人(男 人、女 人)。現在は 人。職業は 歳から をしていた。					
	年に結婚し、子供は 人。 歳まで仕事をしていた。退職後は、 を趣味としていた。 年頃から介護が必要となった。					
特記事項						

#### 4. ご家族の状況

同居しているご家族の状況					
主に介護に携わっている方は◎、介護に携わっている方は○を、備考欄に付けてください					
氏名	続柄	年齢	就労の状況	病気・障害等の有無	備考
			有・無		
			有・無		
			有・無		
			有・無		
			有・無		

  

別居している子供				
氏名	続柄	年齢	就労の状況	介護の協力
			有・無	常時可能・緊急時可能・不可
			有・無	常時可能・緊急時可能・不可
			有・無	常時可能・緊急時可能・不可

  

主介護者の状況							
介護期間	年	就労の状況	フルタイム	パート	アルバイト	介護の為離職	
持病の状況	入院が必要	定期的外来	なし	複数人の介護	有・無	乳幼児の養育	有・無

#### 5. 説明確認及び情報収集に係る同意

私は、貴施設への入所申込みの際し、入所申込み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。

貴施設が入所順位決定の為に必要な範囲内において、私(入所希望者及びその家族)に関する情報を市町村、担当居宅介護支援事業所、他の介護保険施設及び医療機関から収集すること、また、今後の高齢者対策の参考にするため県及び市町村に情報の提供を行うことに同意します。

なお、入所申込み後に本人の死亡、施設入所、状態の変化等の申込み事項に変更があった場合には速やかにその旨を連絡します。

平成 年 月 日

入所希望者 印

---

入所希望者の家族 印

#### 6. ご本人の生活やお体の状況、日ごろの介護の状況などご自由にお書き下さい

(今までの項目で書ききれないことや、特別に伝えておきたいことなど、どんなことでも構いません。ご自由にお書き下さい。)

---



---



---



---



---



---