

指定介護老人福祉施設いすみ苑 入所申込書

申込者(連絡先)今後、郵便物などはこの連絡先にお送りさせていただきます。

申込日	平成 年 月 日
受付日	平成 年 月 日

住所：〒 \_\_\_\_\_

氏名： \_\_\_\_\_

電話： \_\_\_\_\_

特別養護老人ホームいすみ苑へ、下記の者の入所を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	要介護度	1・2・3・4・5				
	氏名		男・女	被保険者番号					
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 ( )歳		要介護認定期間	平成 年 月 日から	平成 年 月 日まで			
	現住所	〒 _____							
	現状	<input type="checkbox"/> 自宅で一人で暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 特養などの施設や病院に入っている ※「施設や病院等に入っている方」はご記入ください ◇施設名又病院名 _____ ◇所在地(市区名のみ) _____ ◇入所又は入院時期:平成 年 月から入所・入院している							
	入所を希望する理由 (該当するものすべてを選んで下さい)	1.入所申込ができるのは原則として要介護度3以上の方です (要介護度1・2の方については、入所を必要とするやむを得ない理由が必要となることから、次の2欄も回答してください) <input type="checkbox"/> 介護する者がいないため <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」、「障害」、「疾病」等により十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者が複数の介護や育児を行っている状況にあり、十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護者が就労していることから、十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 施設や病院から退所を求められているが、自宅での介護が困難なため <input type="checkbox"/> その他( _____ )							
	入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 平成 年 月頃までに入所したい							
	医療の状況	<input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> その他( _____ ) <※現在治療中の病気・特記事項等>							
	申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申込み <input type="checkbox"/> 他の施設へ申込済み、また申込予定 ◇既に申し込んでいる他の施設名 ( _____ )( _____ )( _____ ) ◇今後申し込む予定の他の施設名 ( _____ )( _____ )( _____ )							
	主たる介護者	(フリガナ)		性別	本人との関係				
	氏名		男・女	生年月日	明・大・昭	年	月	日	
	同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している(住所: _____ )							
	意見	※介護をしているうえで困っていること等							

入所申込書 別紙

		内容	具体内容
生活の状況	移動	歩行 : <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> やや不安 <input type="checkbox"/> 支えが必要 <input type="checkbox"/> できない 補助具 : <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー	
	食事	摂取状況: <input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 胃ろう 食事場所: <input type="checkbox"/> 居間又は食堂 <input type="checkbox"/> ベッド上 <input type="checkbox"/> その他	
	入浴	<input type="checkbox"/> 普通浴槽 ( <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助) <input type="checkbox"/> 機械浴槽 <input type="checkbox"/> 入っていない 移動方法: <input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> その他	
	排泄	<input type="checkbox"/> トイレ ( <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助) <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ ( <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助) <input type="checkbox"/> オムツ	
	着脱衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
意思伝達の状況	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> 見えない <input type="checkbox"/> 眼鏡使用	
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> 見えない <input type="checkbox"/> 補聴器使用	
	意思の伝達	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> 不可能	
	指示の理解	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> 不可能	
	認知症の状況	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ややある <input type="checkbox"/> ある ※認知症が原因と思われる言動がありましたらご記入ください	
健康の状態	過去にかかった主な病気		
	主治医	病院名 : 医師名 :	
	身体障害	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない 身体障害者手帳 種 級	
	氏名	住所	続柄
家族構成			
備考			

※お願い

入所希望者の要介護度など、本入所申込書に記載した事項等が変更となった場合、死亡された場合、あるいは他の特別養護老人ホーム等に入所した場合は、必ず当施設にご連絡ください。