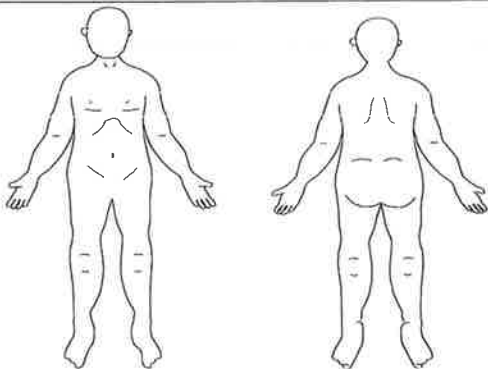


入 所 申 込 書 (特養の申込 有・無)

入所依頼日 令和 年 月 日		生年月日	
入所希望者 (フリガナ)		男・女	(明治・大正・昭和) 年 月 日生 歳
住所 〒		TEL	
入所依頼者 (フリガナ)		男・女	続柄
住所 〒		TEL	
家 族 構 成			
氏名	続柄	年齢	職業
			同居 ・ 別居
			同居 ・ 別居
			同居 ・ 別居
			同居 ・ 別居
			同居 ・ 別居
			同居 ・ 別居
入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ <input type="checkbox"/> 半年以内 <input type="checkbox"/> 1年以内 <input type="checkbox"/> その他 ()		
入所を希望する理由 (複数可)	<input type="checkbox"/> 介護する者がいないため。 <input type="checkbox"/> 介護する者が遠く離れた所に住んでいるため。 <input type="checkbox"/> 介護する者が高齢、障害、病気等により介護することが困難なため。 <input type="checkbox"/> 介護する者が就労していて介護することが困難なため。 <input type="checkbox"/> 介護する者の身体的・精神的負担が大きい。 <input type="checkbox"/> 住環境の事情により、十分な介護をすることが困難なため。 <input type="checkbox"/> 施設や病院から退所 (退院) を求められているため。 <input type="checkbox"/> その他 ()		
現利用サービス 現在の居場所	①自宅生活 (独居 ・ 家族同居) 主な介護者名 _____ 利用サービス名 _____ ②入院、入所中の方は病院、施設名 _____ _____ いつから 年 月 日から		
相 談 窓 口	(居宅介護支援事業所名) _____ (ケアマネージャー名) _____		
主 治 医	(病院名) _____ (医師名) _____		
介護保険者証	被保険者番号 _____ 保険者番号 _____ 要介護度 _____ 有効期間 _____ _____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日		
生活保護世帯	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当		

移動	移動用具 (なし 杖 車椅子 歩行器 寝たきり) 自立 一部介助 全介助 車椅子操作 (可 ・ 不可) 特記 :					
食事	自立 一部介助 全介助 (箸・スプーン・自助具・フォーク) (普通 刻み 極刻み ミキサー 経管栄養 / ご飯 軟飯 粥) アレルギー又は好き嫌い 有 ・ 無 → () 嚥下 (問題なし ・ 時々むせる ・ ひどくむせる ・ つまる) 特記 :					
排泄	自立 一部介助 全介助 人工肛門 カテーテル 日中 (トイレ ポータブル 尿器 オムツ 紙パンツ 尿取パット) 夜間 (トイレ ポータブル 尿器 オムツ 紙パンツ 尿取パット) 排便 回/日 下剤 (有 ・ 無 →) 尿意 (有 ・ 無) 便意 (有 ・ 無) 特記 :					
入浴	一般浴 車椅子浴 機械浴 清拭 入浴回数 回/週 特記 :					
着脱	自立 一部介助 全介助			整容 自立 一部介助 全介助		
義歯	入れ歯 有 ・ 無 (上 ・ 下) 自己管理 ・ 管理必要 口腔ケア 自立 一部介助 全介助 回/日					
洗面	自立 一部介助 全介助					
聴覚	正常・聴こえにくい・難聴 (右 ・ 左 ・ 両方) 補助具					
視覚	正常・見えにくい・見えない (右 ・ 左 ・ 両方) 補助具					
言語	正常・やや聞き取りにくい・聞き取りにくい・聞き取れない					
睡眠	良眠・やや不眠・不眠 眠剤 (有 ・ 無) → 特記 :					
現疾患						
既往歴						
内服薬	有 ・ 無					
認知症	有 ・ 無 問題行動 なし・不潔行為・徘徊・暴力暴言・収集癖・異食 被害妄想・火の不始末・その他 () 問題行動の頻度 (非常に多い・やや多い・多い・少ない) 特記 :					
麻痺	有 ・ 無 (部位:)					
拘縮	有 ・ 無 (部位:)					
皮膚状態	普通 ・ 弱い					
褥瘡	有 ・ 無					
家族の希望、介護への悩み等その他						