

## 特別養護老人ホームまどかの郷入所申込書

特別養護老人ホームまどかの郷  
施設長 太田二郎様

受付日 年 月 日

<b>入所希望者(申込者)</b>			整理番号	
フリガナ			保険者(市町村)	
氏名			被保険者番号	
			要介護度 (特例)	3・4・5 (1・2)
生年月日	大正・昭和	年 月 日	認定の有効期間	年 月 日～ 年 月 日
性別	男 ・ 女			
現住所	〒 電話番号 ( ) -			
給付制限				
認定審査会 意見				

注:介護保険証から転記ください。なお、コピーを添付した場合は記載不要です。

**申込代理人(申込者が本人でない場合は、下の欄にお書きください。)**

氏名			入所希望者との続柄	
住所	〒 電話番号 ( ) -			

介護保険法令に基づき要介護の認定を受けましたので、この入所申込書により入所を希望いたします。  
 なお、入所のための待機中に、貴施設以外の施設に入所が決定した場合、また要介護度や連絡先、介護の状況等について変更がありました場合は、速やかに貴施設に連絡いたします。

入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 年 月頃までに入所したい <input type="checkbox"/> 将来的に入所したい
申 込 理 由 ・ 入 所 を 急 ぐ 理 由	(該当するものすべてに☑印を記入して下さい) <input type="checkbox"/> 施設入所により安心した生活を送りたい <input type="checkbox"/> 寝たきりなどにより、食事、排泄、入浴等日常生活全般に介助が必要 <input type="checkbox"/> 認知症などにより常時の見守り、介護が必要 <input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所を求められているが、自宅での生活が困難 <input type="checkbox"/> 単身世帯のため介護者がいない、または介護者が入院等で介護ができない <input type="checkbox"/> 介護者が、高齢、疾病、育児、就労、別居等のため、介護が困難 <input type="checkbox"/> 利用したい在宅サービスが十分でない(夜間訪問介護など) <input type="checkbox"/> その他の理由(具体的にお書き下さい)
	(要介護1・2の場合は以下の項目についても該当するものすべてに☑印を記入して下さい) <input type="checkbox"/> 認知症、知的障害・精神障害等により、日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さ等が頻繁に見られるため、居宅において日常生活を営むことが困難 <input type="checkbox"/> 家庭等による深刻な虐待があるなど心身の安全・安心の確保が困難 <input type="checkbox"/> その他、居宅において日常生活を営むことが困難な理由(具体的にお書き下さい)

(裏面に続く)

同意 及 び 説 明 確 認 欄	<p>入所希望者、介護者を円滑に支援するために、市町村・ケアマネージャー等に、この申し込み内容を情報提供し、また情報提供を受けることに同意します。</p> <p>また、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。</p> <p style="text-align: center;">令和    年    月    日</p> <p style="text-align: center;">入所申込者又は申込代理者氏名 <span style="float: right;">印</span></p>
---------------------------------------	--

事務処理欄(記入不要です)

申込日：令和    年    月    日	受付日：令和    年    月    日
受付方法：来所 ・ 郵便 ・	受付者：
入所基準：基準 ・ 特例	特例事由市町村確認：令和    年    月    日 該当 有・無

## 特別養護老人ホームまどかの郷調査表

		入所希望者氏名:	記入者氏名:		
現 況		独居・高齢者世帯・家族同居・その他( ) 入院中(病院名 )・入所中(施設名 )			
現在の生活状況	移動	歩行・杖・歩行器・車椅子 ストレッチャー・その他( )	介助	自立・一部介助・全介助	
	食事	(主食)普通・お粥・ミキサー(箸・スプーン) (副食)普通・刻み・極刻み・ミキサー (経管栄養)胃ろう・鼻腔栄養	介助	自立・一部介助・全介助	
	排泄	トイレ・ポータブルトイレ・尿器・便器 おむつ・カテーテル・人工膀胱・人工肛門	介助	自立・一部介助・全介助	
	入浴	歩行浴・車椅子浴・ストレッチャー浴	介助	自立・一部介助・全介助	
	着替え	本人・家人・ヘルパー	介助	自立・一部介助・全介助	
	整容	本人・家人・ヘルパー	介助	自立・一部介助・全介助	
	送迎	車椅子(要・不要)・ストレッチャー(要・不要)・その他( )			
身体状況	視力	普通・見えにくい・見えない	身長・体重	約 cm ・ 約 kg	
	聴力	普通・聞こえにくい・聞こえない	精神状態	安定・不安定(幻覚・興奮・攻撃)	
	発語	普通・やや不自由・不自由	認知症	無・有	日常生活自立度 I・II・III・IV・M
	理解力	普通・分かりにくい・分からない	問題行動	無・有	徘徊・不潔行為・収集癖・異食 その他( )
	補聴器・眼鏡	補聴器(無・有)・眼鏡(無・有)・義歯(無・有)			
健康状況	現疾患			病歴	
	主治医			TEL	
	医療	インシュリン・人工透析・在宅酸素・その他( )			
	感染症	無・有( )	アレルギー	無・有( )	
	皮膚刺激	普通・弱い	麻痺	無・有( )	
	便秘	無・有(服薬:有・無)	拘縮	無・有( )	
	睡眠	良好・不良(服薬:有・無)	褥瘡	無・有( )	
	嚥下	異常なし・むせる・つまる	湿疹	良・否( )	
服薬	無・有( )	口腔状況	自立・問題あり( )		
介護の状況	主介護者	男・女 才		続柄	
	就労状況	就業中・共働き・育児中・その他( )			
	介護期間	年 月頃	から	その他の介護者	無・有 ( )名
	相談窓口	無・有 介護事業所・市町村・在宅介護支援センター 居宅介護支援事業所名 介護支援専門員名 ( ) ( )			
【その他特記事項】					
【介護上の悩み・困っている事】					