

特別養護老人ホームサン・スマイル 入所申込書兼調査書

入所希望者名 [ ] 申込年月日 令和 年 月 日

申込者	氏名			住所				
	生年月日	大・昭・平	年	月	日生	連絡先	第1	
	入所希望者との関係				電話番号	第2		
入所希望者	氏名			住所				
	生年月日	明・大・昭	年	月	日生	男性・女性	年齢	歳
	入所希望者の意向（申込者と入所希望者が異なる場合、該当するところに✓）							
	<input type="checkbox"/>	入所希望者は特別養護老人ホームへの入所を希望している						
	<input type="checkbox"/>	入所希望者は在宅での生活を希望している						
	<input type="checkbox"/>	入所希望者の意向は確認していない又は確認できない						
<input type="checkbox"/>	その他（ ）							
介護保険	保険者			被保険者番号				
	要介護度			認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
	ケアマネジャー			事業所名				
	現在利用中の主な介護保険サービス事業所（施設の場合は入所時期も：平成 年 月 ~ ）							
	1			2			3	
医療の状況	現在治療中の病気（入院中の場合は入院時期も：平成 年 月 ~ ）							
	病名				病院			通院・入院
							通院・入院	
	医療的処置 (該当すれば✓)	<input type="checkbox"/> カテーテル	<input type="checkbox"/> ストマ(人工肛門)	<input type="checkbox"/> 経管栄養	<input type="checkbox"/> 酸素療法	<input type="checkbox"/> インシュリン注射	<input type="checkbox"/> 疼痛看護	
家族や住居等の状況	<input type="checkbox"/>	身寄りがいないなど介護する者がいない						
	<input type="checkbox"/>	介護者が遠方・入院中などの状況で介護ができない						
	<input type="checkbox"/>	介護者が要介護状態・病気療養中・障がい者などの状況で介護が困難						
	<input type="checkbox"/>	介護者が要支援状態・高齢などの状況で十分な介護が困難						
	<input type="checkbox"/>	介護者が育児や複数人の介護を行っており十分な介護が困難						
	<input type="checkbox"/>	介護者が就労しており十分な介護が困難						
	<input type="checkbox"/>	介護者の心身への負担が大きい						
	<input type="checkbox"/>	住居の廊下等の構造が車椅子の使用に適さず介護が困難						
	<input type="checkbox"/>	住居のトイレ・浴室等の形態や構造が適さず十分な介護が困難						
	<input type="checkbox"/>	他の介護保険施設や病院等から退所（退院）を求められているが在宅介護は困難						
	<input type="checkbox"/>	その他（ ）						
介護をしている上で特に困っていることなどあれば記入してください								

裏面もありますので記入漏れの無いようお願いします。

世帯等状況	主たる同居者又は近親者	氏名	年齢	続柄	連絡先等 (住所・電話番号)					
本人の収入		年金	年額	円	その他の収入	年額 円				
身体 の 状 況	食 事	<input type="checkbox"/> 自立		<input type="checkbox"/> 見守り		<input type="checkbox"/> 一部介助		<input type="checkbox"/> 全部介助		
		主 食	<input type="checkbox"/> ごはん	<input type="checkbox"/> 全 粥	<input type="checkbox"/> ミキサー	<input type="checkbox"/> その他 ( )				
		副 食	<input type="checkbox"/> 常 食	<input type="checkbox"/> 刻 み	<input type="checkbox"/> ミキサー	<input type="checkbox"/> その他 ( )				
	排 泄	<input type="checkbox"/> 自立			<input type="checkbox"/> 一部介助			<input type="checkbox"/> 全部介助		
		オムツの使用		<input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> 常 時			<input type="checkbox"/> 夜のみ	
	入 浴	<input type="checkbox"/> 自立			<input type="checkbox"/> 一部介助			<input type="checkbox"/> 全部介助		
	更 衣	<input type="checkbox"/> 自立		<input type="checkbox"/> 見守り		<input type="checkbox"/> 一部介助		<input type="checkbox"/> 全部介助		
	移 動	<input type="checkbox"/> 自立		<input type="checkbox"/> 見守り		<input type="checkbox"/> 一部介助		<input type="checkbox"/> 全部介助		
		歩 行	<input type="checkbox"/> つかまり歩き	<input type="checkbox"/> 杖 使 用		<input type="checkbox"/> 車 椅 子		<input type="checkbox"/> 寝たきり		
	視 力	<input type="checkbox"/> 普 通			<input type="checkbox"/> やや悪い			<input type="checkbox"/> 人の動きがわかる程度		
	聴 力	<input type="checkbox"/> 普 通			<input type="checkbox"/> やや悪い			<input type="checkbox"/> 大声が聞き取れる		
	言 語	<input type="checkbox"/> 普 通			<input type="checkbox"/> 聞き取りにくい			<input type="checkbox"/> 聞き取れない		
	身体障害者手帳		等級		障害名					
認 知 ・ 精 神 の 状 況	<input type="checkbox"/>	特に問題はない								
	<input type="checkbox"/>	何らかの認知症状はあるが、日常生活はほぼ自立している								
	<input type="checkbox"/>	日常生活に支障があるような症状が見られるが、誰かが注意していれば自立できる								
	<input type="checkbox"/>	日常生活に支障のある症状が時々見られ、介護を必要とする								
	<input type="checkbox"/>	日常生活に支障のある症状が頻繁に見られ、常に介護を必要とする								
	<input type="checkbox"/>	著しい精神症状や異常な行動が見られ、専門医療を必要とする								
	自傷行為、せん妄、徘徊、奇声、摂食異常、不潔行為、攻撃的行為等の行動、あるいは精神障害がある場合は、その状況や頻度等を具体的に記載してください									
生 活 歴										

同 意 欄	<ul style="list-style-type: none"> <li>今後、保険者（市町村及び広域事務組合）の調査があった場合、入所希望者の氏名、生年月日、住所（居所）等について報告することに同意します。</li> <li>待機中に本人の状況（介護度、他施設入所・入院等）に変更が生じた場合、貴施設に速やかに連絡します。</li> </ul>
	令和 年 月 日 氏名 : _____

他の申込（予定を含む）特養【 \_\_\_\_\_ 】