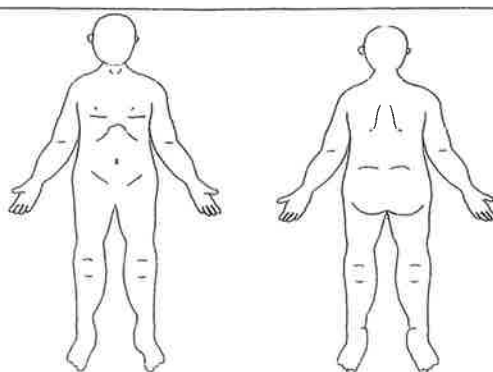


入 所 申 込 書 (特養の申込 有・無)

入所依頼日 平成 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	生活状況
				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ため。 <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自宅で生活 (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 はくパンツ 尿取パット ） 夜間（ トイレ ポータブル 尿器 オムツ はくパンツ 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								