|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 管理№ | ＱＭＳ－7200 | 契約管理規定 | 発行元 | 品質管理室 |
| 初版発行日 | 2001.12.01 | **様式-7205介護老人福祉施設入所申し込み書（１）** | ページ数 | １／２ |
| 版数・発行日 | 1 2001.12.01 | 軽微改定 | 2015.02.01 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 施設長 | 副施設長 | 生活相談員 |
|  |  |  |

**特別養護老人ホーム悠々居入所申し込み書**

特別養護老人ホーム　悠々居

施設長　　吉　岡　曉　督　殿

入所希望者（申し込み）　　　記入（受付）年月日：令和6年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フ　リ　ガ　ナ |  | | 保険者 | | □竹田市　　☐豊後大野市　□その他（　　　　　　　） | | | | | | | | | | | |
| 氏　　　　　名 |  | | 被保険者番号 | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生　年　月　日 | （　　　　歳） | | | 要　　介　　護　　度 | | | | 支1　　支2　　　1　　2　　3　　4　　5 | | | | | | | | |
| 性　　　　　別 | 男　・　女 | 認定有効期間 | | 年　　　月　　　日　　～　　　　　　　年　　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | |
| 現　　住　　所 | 〒  電話番号　　　　　（　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | |

〔必要添付書類〕

○介護保険証、障害者手帳等コピー　　　　　　　　○アセスメント、サマリー（病院等）

○基本情報等　（連絡先、生活歴等）　　　　　　　　○服薬内容（処方箋、薬手帳等）

申し込み代理者（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　　　　　（　　　　） | | |

　上記入所希望者について、介護保険法令に基づき要介護の認定を受けましたので、この入所申し込み書により入所を希望いたします。

　なお、入所の為の待機中に、貴施設以外の施設に入所が決定した場合、あるいは要介護度や連絡先、介護の状況等について変更があった場合は、速やかに貴施設に連絡いたします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 希　　望　　事　　項 | 時期 | □早急　□令和　　年　　月以降　　申込予定：□貴施設のみ　　□他の施設にも申し込む　　　ヶ所（予定） |
| 申込理由・入所を急ぐ理由 | □1　 施設入所により安心した生活を送りたい。  □2　 寝たきりなどにより、食事、排せつ、入浴等日常生活全般に介助が必要  □3　 認知症などにより常時の見守り、介護が必要  □4　 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  □5　 介護者がいない、介護者が入院等で介護ができない  □6　 介護者が、高齢、疾病、育児、就労、別居等のため、介護が困難  □7　 利用したい在宅サービスが十分でない（夜間帯等）  □8　 介護保険の限度額を超える等、経済的負担が大きい  □9　 住宅が介護に適さない（狭い、改修不可等）  □10　住宅環境が在宅サービスに適さない（立地・地形上）  □11　その他の理由（具体的にお書きください） |
| 同　意　書 | 入所希望者、介護者を円滑に支援するために、関係事業所等にこの申込内容を情報提供すること及び同目的の為に使用されることや、情報を交換することに同意します。  令和　　　　年　　　　　月　　　　　日　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞　　　　印及びサイン | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 管理№ | ＱＭＳ－7200 | 契約管理規定 | 発行元 | 品質管理室 |
| 初版発行日 | 2001.12.01 | **様式-7205介護老人福祉施設入所申し込み書（２）** | ページ数 | ２／２ |
| 版数・発行日 | 1 2001.12.01 | 軽微改定 | 2015.02.01 |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　調査票　　　記入日　：　令和　　　　　年　　　　　　月　　　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 現　　況 | | □独居　□高齢者世帯　□家族同居  □入院中（病院名　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　□入所中（施設名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　・継続中の入院又は入所開始日　：　　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日  　・申込日時の入院、入所等の期間（　　　　　　　年　　　　　　ヶ月） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| A　　D　　　L　状　況 | 移　動 | 歩行　　杖　　歩行器　　手押し　　車椅子（　　　　　　　） | | | | | | | | | | 介助 | | | | 自立　　見守り　一部介助　　全介助 | | |
| 食事 | 主）　普通　　　粥食　　　ミキサー　（　箸　・スプーン　） | | | | | | | | | | 介助 | | | | 自立　　見守り　一部介助　　全介助 | | |
| 副）　普通　　一口大　　キザミ　　極キザミ　　ミキサー | | | | | | | | | |
| 排泄 | 日中）　トイレ　　Pトイレ　　尿器　　パット　　リハパン　　オムツ | | | | | | | | | | 介助 | | | | 自立　　見守り　一部介助　　全介助 | | |
| 夜間）　トイレ　　Pトイレ　　尿器　　パット　　リハパン　　オムツ | | | | | | | | | |
| 入浴 | 一般浴　　　浴中EV　　機械浴　　シャワー浴 | | | | | | | | | | 介助 | | | | 自立　　見守り　一部介助　　全介助 | | |
| 整容 | 洗面　：　自立　　一部　　全介助  歯磨き　：　自立　　一部　　全介助  入れ歯　：　有　□部分（　上　下　）　　総　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 衣服着脱 | 介助 | 自立　　見守り　一部介助　　全介助 | | | | | | | | その他 | |  | | | | | |
| 心　身　状　況 | 視力 | 普通　　　見えにくい　　　見えない　　　　　　【眼鏡】　　有　　　無 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 聴力 | 普通　　　やや聴こえにくい　　聞こえにくい　　　聴こえない（　右　・　左　）　【補聴器】　　有　　無 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 発語 | 普通　　　やや不明瞭　　　不明瞭　　　なし | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 認知症 | 認知症：□なし　□軽　□中　□重  失見当：□なし　□軽　□中　□重 | | | | | 理解力 | | | | | 普通　　わかりにくい　　わからない  ※ | | | | | | |
| 精神面 | 落ち着いている　　　精神的障がいあり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 健　康　状　態 | 病　名 |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主治医 |  | | | | | | | | | | ℡ | | | | | | |
| 通院中の病院 | 病院名 | | | | 診療科 | | | | | | | | | 担当医師 | | | |
|  | | | |  | | | | | | | | |  | | | |
|  | | | |  | | | | | | | | |  | | | |
|  | | | |  | | | | | | | | |  | | | |
| 医療状況 | □経管栄養（　胃瘻　鼻腔　腸瘻　）　□IVH　□インシュリン注射（　　　　回／日）　□在宅酸素  □褥瘡（　　　　　　　　　　　　）　□カテーテル　□人工肛門　　□モニター  □痰の吸引　　　　　　　回／日（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □その他 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 感染症 | □結核　　□肝炎（　　　　　　　　　　）　□新型コロナ（COVID-19）　　　　　年　　　　月　　　　　日  □インフルエンザ　　　　型　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 拘縮 | □有（　肩　肘　指　股　膝　足）  □無 | | | | | | | 麻痺 | | | | | □有（　左　右　両　上肢／　左　右　両　下肢  □無 | | | | |
| 皮膚疾患 | 無　　　有（　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | 褥瘡 | | | | | 無　　　有（　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 便秘 | 無　　　有（　服薬　有　　無　）　浣腸 | | | | | | | 睡眠 | | | | | 良　　　不良（服薬　　有　　　　無　　） | | | | |
| 介　護　の　状　況 | 主たる介護者氏名 |  | | | 年齢　　　歳 | | | | | 性別　　男　　女 | | | | | | | | 続柄 |
| 就労状況 | 就業中　　　　共働き　　　　育児　　　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護期間 | 年　　　　　　月頃から | | | | | | | | その他の介護者 | | | | | | | 無　　　　　有（　　　名） | |
| 担当ケアマネージャー | | |  | | | | | | 事業所名 | | | | |  | | | |
| 担当相談員（入院等） | | |  | | | | | | 病院名 | | | | |  | | | |
|  | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | |
| 住環 | 区分 | 持家　　　借家 | | | | | | 住宅改修 | | | | | | 可　不可　改修済み（　　　　　　　） | | | | |
| 立地等 | 在宅サービス利用に問題点　　無　　有　　（送迎　・　訪問　・　その他　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 【入所の申請に至る経緯】 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 【特記事項　在宅での介護が困難な具体的な理由等なんでもお書きください。】 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |