

# 入 所 申 請 書

申請日 年 月 日

申請施設	<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム若藤園 <input type="checkbox"/> グループホーム藤の木 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム桂葉 <input type="checkbox"/> グループホーム桂葉		
利用希望者	フリガナ 氏名	男・女	生年月日 明治・大正・昭和 年 月 日 ( 歳)
住所	〒		電話番号
申請者	フリガナ 氏名	続柄	生年月日 明治・大正・昭和 年 月 日 ( 歳)
住所	〒		電話番号
連絡先①	連絡可能な時間帯 (常時・日中9:00~17:00・夜間)		自宅・勤務先 携帯
連絡先②	連絡可能な時間帯 (常時・日中9:00~17:00・夜間)		自宅・勤務先 携帯
介護保険者番号			負担割合証
			負担限度額認定証 無・有 ( )
要介護度	認定有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日	身体障害者手帳	無・有 ( 級)
金銭状況	<input type="checkbox"/> 課税世帯 <input type="checkbox"/> 非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
医療保険	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 / <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
認知症	<input type="checkbox"/> 診断無 <input type="checkbox"/> 診断有 ( 様子や状況 )		
生活状況	① 自宅療養中 (病名) _____ (かかりつけ医) _____		
	② 入院療養中 (病名) _____ (医療機関名) _____		
	入院期間 年 月 日 ~ 年 月 日		
	③ 入所中 (施設名) _____		
	入所期間 年 月 日 ~ 年 月 日		
	家族構成	一人暮らし・高齢者世帯・子供等同居・施設・その他	
	介護者状況	なし・傷病・高齢者・就労	
<施設を希望される理由は何でしょうか？>			
<既往歴> 今までに大きな病気や怪我をしたことがありますか？ ( はい・いいえ )			
<生活歴> 出生、職歴、サービス利用希望に至る前までの経過を記入下さい。			
<現在ご利用中のサービス>			
<担当の介護支援専門員>			

## ADL調査

移動	杖・歩行器・シルバーカー・車椅子・リクライニング・その他( )					
	自立		一部介助		全介助	
移乗	自立		一部介助		全介助	
寝返り	自立		一部介助		全介助	
立位	自立		一部介助		出来ない	
座位	自立		支えてもらえれば出来る		出来ない	
入浴	自立	一部介助	全介助	個浴・リフト浴・特別浴		
排泄	自立	一部介助	全介助	紙オムツ・リハビリパンツ・トイレ誘導・ポータブル		
食事	自立	一部介助	全介助	米飯・軟飯・粥・ミキサー		
				常食・一口大・粗きざみ・きざみ・ソフト食・ミキサー		
更衣	自立		一部介助		全介助	
整容	自立		一部介助		全介助	
視力・聴力	問題なし		問題あり		眼鏡・補聴器	
意思表示	出来る	出来ない	大体出来る	非言語手段必要		
心理症状 行動等	なし	あり	徘徊	帰宅願望	幻聴	幻視
			収集癖	大声	攻撃的行為	昼夜逆転
			暴言	暴行	介護抵抗	不潔行為
			せん妄	被害妄想	異食	興奮
医療行為	留置カテーテル	経管栄養・胃ろう	インスリン注射	在宅酸素療法	痰吸引 (常時・時々・あまりない)	人工肛門

特別養護老人ホームに入所希望の方で、要介護1または2の方は、下記のいずれかに該当する必要があります。該当すると思われる項目に印をつけて下さい。

- 認知症がある者であって、生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる。
- 知的障害・精神障害等を伴い、生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られる。
- 家族等による深刻な虐待が疑われる事等により、心身の安全・安心の確保が困難である。
- 単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である等により家族等による支援が期待できず、かつ、地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分である。

ご協力ありがとうございました。  
※二重の枠内は分かる範囲で記入お願い致します。