

施設入所利用申込書

特別養護老人ホーム 太陽の丘
施設長 伊地知 一夫 殿

平成 年 月 日

〒

住所

申込者 氏名

続柄

電話番号

利用したいサービス		入所(特別養護老人ホーム) ・ ショートステイ(短期入所生活介護)													
入所希望者 ・ 現状	フリガナ									M T S	年	月	日		
	氏名									(歳)	(男・女)		
	住所	〒								電話番号					
	介護保険 被保険者番号									要介護度	1	2	3	4	5
	認定期間	平成 年 月 日				~	平成 年 月 日								
	入所希望者が現在 生活しているところ	自宅		同居者の有無 (有・無)		主介護者: ()		医療機関		医療機関名: ()		介護保険施設		施設名: ()	
		その他の施設		施設名: ()											
	医療状況	経管栄養		胃ろう		インシュリン注射		在宅酸素		導尿		バルン		その他()	
	入所を希望 する理由	介護者がいないため 介護者が要介護/障害/疾病等により介護困難なため 介護者が就労しており、十分な介護ができないため 介護者の身体的、精神的負担が大きく、十分な介護ができないため 施設や病院から退所を求められているが、自宅での介護が困難なため その他()													
	入所希望時期	今すぐ				年 月頃までに入所したい				申し込みのみ					
申し込み状況	当施設のみ				他施設にも申し込んでいる、申し込む予定である										
ケアマネ	氏名									事業所名					
身元保証人 ・ 家族等	フリガナ									性別					
	氏名									男・女	続柄				
	住所	〒													
	連絡先	自宅									会社名				
		勤務先													
		携帯													
	上記外の 連絡先	氏名									続柄				
		自宅電話					携帯								
	連絡先	氏名									続柄				
		自宅電話					携帯								

入居希望者調査票

身体状況

移動	可能・掴まれば可能・不可・車椅子	備考
立位	可能(長時間・短時間)・介助があれば可能・不可	
座位	可能(長時間・短時間)・介助があれば可能・不可	
起き上がり	可能・掴まれば可能・不可	
排泄	可能(トイレ・尿瓶)・誘導・介助にて可能・夜間のみオムツ・常時オムツ 尿意(有・無) 便意(有・無)	
入浴	見守り・一部介助・全介助 手引き・シャワーチェア・ストレッチャー	
衣服着脱	可能・見守り・声掛け・一部介助・全介助	
整容	可能・見守り・声掛け・一部介助・全介助	
食事	可能・見守り・声掛け・一部介助・全介助 米飯・粥・ペースト / 普通・軟菜・キザミ・ペースト 誤嚥(有・無) 義歯(無・上・下) 箸・スプーン・その他()	
口腔	歯磨き(可・不可)・うがい(可・不可)・全介助	

心身状況

視力	普通・1m先が見える・見えているのか不明・見えない・めがね	備考
聴力	普通・大声が聞こえる・聞こえているのか不明・聞こえない・補聴器	
言語	明瞭・短い文章・単語程度・不明瞭	
意思表示	有・少し有・無	
理解力	有・少し有・無	
意欲	有・声掛けにて有・無	
依存心	強い・普通・弱い・無	
睡眠	良・普通・不眠 眠前薬(有・無)	
麻痺	無・有(部位:)	
拘縮	無・有(部位:)	
じょくそう	無・有(部位:)	
認知症	有・無 物忘れ・被害妄想・徘徊・感情失禁・大声・暴力・暴言・昼夜逆転	

生活状況

家族構成	入居までの経過
以前の職業	性格
経済状況	

医療状況

かかりつけ医	通院中の医療機関	緊急時指定病院
既往歴		
介護・看護上の留意点		

備考

--