



社会福祉法人勇樹会 特別養護老人ホーム 入居申込書

太枠の中をご記入ください。

申込日	令和	年	月	日	受付日	令和	年	月	日
-----	----	---	---	---	-----	----	---	---	---

1. 申込者

ふりがな		続柄	電話番号	
氏名			①	()
			②	()
住所	〒			

2. 入居希望者の状況

ふりがな		性別	男	・	女	
氏名		生年月日	明治 大正 昭和	年	月	日
住所	〒					
介護保険	被保険者番号		保険者名			
	要介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
	認定期間	令和 年 月 日～令和 年 月 日				
担当介護支援専門員 (担当ケアマネ)	担当がいる ・ 担当はいない					
	事業者名					
	氏名					
	電話番号					
健康保険	種別					
	記号・番号					
受給年金	種別					
障害者手帳等	持っている ・ 持っていない					
	障害名					
	判定	第	種	級		
生活保護受給	受けている ・ 受けていない					
現況	<input type="checkbox"/> 自宅	一人暮らし ・ 高齢者のみの世帯 上記以外の世帯 (同居家族 人)				
	<input type="checkbox"/> 病院 (施設) に入院 (入所)	病院・施設名： () 年 月 日から入院 (入所) している				

3. 医療の状況

現在 治療中の病気	病名	医療機関名	期間	
			年	月～
			年	月～
			年	月～
			年	月～
			年	月～
既往歴 (これまでにかかったことのある病気)	病名	医療機関名	期間	
			年	月～ 年 月
			年	月～ 年 月
			年	月～ 年 月
			年	月～ 年 月
			年	月～ 年 月

現在、次の対応をされている方は、該当を○で囲んでください。
 胃ろう 鼻腔栄養 透析 カテーテル 酸素療法 ストマ (人口肛門)
 インシュリン注射 気管切開 その他 ()

※内服薬・点眼薬・湿布などを記入又は、お薬手帳や説明書等を添付してください。

入居希望の理由や現在の生活で困っていることがありましたら、ご記入ください。

入居の意向 今すぐ入居したい
 年 月頃までには入居したい

他施設への申込状況
他施設には申し込んでいない
他施設に申し込んでいる
 申し込んでいる場合記入 施設名1 ()
 施設名2 ()
 施設名3 ()

4. ご家族の状況

同居しているご家族の状況

主に介護にかかわっている方は◎介護にかかわっているかたは○を備考欄につけてください。

氏名	続柄	年齢	就労の状況	病気・障害等	備考
			ある・ない		
			ある・ない		
			ある・ない		
			ある・ない		
			ある・ない		

別居している子供・家族等

氏名	続柄	年齢	就労の状況	介護の協力
			ある・ない	常時可能・緊急時可能・不可
			ある・ない	常時可能・緊急時可能・不可
			ある・ない	常時可能・緊急時可能・不可

5. ご本人の身体状況 (1)

現在のお体の状況について、○および記入してください。										
水分量	1日に () ml摂取									
活動量	離床時間	1日に 時間程度			外出	月に 回程度				
	運動体操	週に 回程度			その他	月に 回程度				
移動	屋内歩行	独歩 杖 (T・4点) シルバーカー 歩行器 車いす 寝たきり								
	屋内介助	自立 見守り 一部介助 全介助 歩行していない								
	屋外歩行	独歩 杖 (T・4点) シルバーカー 歩行器 車いす 寝たきり								
	屋外介助	自立 見守り 一部介助 全介助 歩行していない								
立ち上がり		自立 見守り 一部介助 全介助								
排泄	排便	回数	() 日に () 回		失禁回数	なし 1/5 2/5以上				
		便意	あり なし		下剤	あり なし				
		場所	トイレ Pトイレ ベッド上 その他 ()							
		用具	布パンツ パッド リハビリパンツ おむつ その他 ()							
		規則性	排便日	ほぼ等間隔 不規則		時間帯	ほぼ一定 不定			
	日中排尿	回数	1日に () 回			失禁回数	なし 一部 ほとんど失禁			
		尿意	あり なし							
		場所	トイレ Pトイレ ベッド上 その他 ()							
		用具	布パンツ パッド リハビリパンツ おむつ その他 ()							
		誘導	なし	時間 適宜	誘導時の失禁回数	ほぼなし 1/2 2/3以上				
	外出時の失禁		なし	一部 全量失禁	外出時間	() 時間				
	夜間排尿	回数	() 回			失禁回数	なし 一部 ほとんど失禁			
場所		トイレ Pトイレ ベッド上 その他 ()								
誘導		なし	時間 適宜	誘導時の失禁回数	ほぼなし 1/2 2/3以上					
食事	栄養量	1日に () kcal								
	介助	自立 見守り 一部介助 全介助 経管栄養								
	主食	常食 半粥 全粥 ミキサー								
	副食	普通 きざみ ムース食 ミキサー食								
	飲み込み	むせなし 時々むせる いつもむせる 水分でむせる								
	むせ頻度	時々 毎日 毎飲食時 一口ごと								
	食事姿勢	椅子 車イス リクライニング ベッド上 その他 ()								
口腔	清潔	清潔 清潔とはいえない 不潔								
	口腔ケア	自立 見守り 一部介助 全介助								
	開口度	() mm ^{ミリ}			噛み砕き	良好 不良 不可				
	義歯	なし 一部義歯 (上 下) 総義歯								
	義歯の適合	適合良好 適合不良 必要あるも使用せず 必要なし								
入浴	介助	自立 見守り 一部介助 全介助								
	形態	一般浴 中間浴 (座浴) 特殊浴槽 シャワー浴								
着脱衣		自立 見守り 一部介助 全介助								
認知症状	有無	あり なし								
	症状詳細									
他の介助が必要な事		着替え (上 下 両方) 洗面 整容								
視力		支障なし 弱視 (右 左) 眼鏡 (あり なし) 全盲								
聴力		支障なし やや難聴 (右 左) 難聴 (右 左) 補聴器 (あり なし)								
会話		できる ある程度できる できない								
麻痺		なし あり (部位:)								
拘縮		なし あり (部位:)								
特記事項										

5. ご本人の身体状況 (2)

ご本人の今までの経緯、歴史、状況等をご自由にお書きください。

(生まれた場所や趣味、好きな事、仕事等どんな些細なことでも構いません。)

【生活歴】

出生

10代～20代

30代～40代

40代～50代

60代～70代

現在のご本人の生活やお体の状況、日ごろの介護の状況などご自由にお書きください。

(どんな些細なことでも構いません。ご自由にお書きください。)

6. 特定入所の要件、理由（要介護1又は2の方が申し込む場合に記入してください）

入所申込者が居宅において日常生活を営むことが困難なやむを得ない理由（してください）

- 認知症であるものであって、日常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。
- 知的障がい、精神障がい等に伴い、日常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こと等により、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。

上記要件の具体的な理由

7. 説明確認および情報収集に係る同意

私は、入居申込みに際し入居申込みから入居契約までの手続き及び入居順位の決定方法について、施設から説明を受けました。

なお、入居順位決定のため必要な範囲内において、私（入居希望者及びその家族）に関する情報を市町村、担当居宅介護支援事業所、ほかの介護保険施設及び医療機関から収集することに同意します。

令和 年 月 日

入居希望者 _____ 印

入居希望者の家族 _____ 印

希望の施設・居室タイプをお選びください。（必ずどちらの居室にも希望欄にをいれてください）

- 特別養護老人ホーム白根そよ風の杜（多床室・ユニット） ※第1希望 第2希望
- 特別養護老人ホーム柳都の杜（ユニットのみ） ※第1希望 第2希望
- 両方申し込む ※両方申し込まれる方のみ上記↑第1、2希望にを入れてください。
- (第1希望 第2希望 諸事情により希望できない) ユニット型個室
- (第1希望 第2希望 諸事情により希望できない) 従来型多床室（白根のみ）