

NO. _____

施設記入欄

受付日

担当者

特別養護老人ホームサニーポート小名浜 入居申込書

入居希望者(申込者)

令和 年 月 日

フリガナ		保険者	
氏名		被保険者番号	
生年月日	M・T・S 年 月 日	要介護度	1・2・3・4・5
性別	男・女	認定有効期間	令和 年 月 日～令和 年 月 日
現住所	〒		
電話番号	/FAX		

[必要添付書類] ・介護保険証のコピー ・調査票

申込み代理者(申込者が本人でない場合は、下の欄にお書き下さい。)

氏名		入居希望者との続柄	
現住所	〒		
電話番号	/FAX		

上記入居希望者について、介護保険法令に基づき要介護の認定を受けましたので、この入居申込書により入居を希望致します。
 なお、入居待機中に貴施設以外に入居が決定した場合、また要介護度や連絡先、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・他にも申込む(ヶ所)
申込理由	<input type="checkbox"/> 施設入居により安心した生活を送りたい <input type="checkbox"/> 寝たきりなどにより食事、排泄、入浴等 日常生活全般に介護が必要 <input type="checkbox"/> 認知症などにより常時の見守り、介護が必要 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 介護者がいない、介護者が入院等で介護できない <input type="checkbox"/> 介護者が高齢、疾病、育児、就労、別居等のため、介護が困難 <input type="checkbox"/> 利用したい在宅サービスが充分でない(夜間訪問介護など) <input type="checkbox"/> 介護保険の限度額を超える等、経済的な負担が大きい <input type="checkbox"/> 住宅が介護に適さない(狭い、改修不可など) <input type="checkbox"/> 住宅環境が在宅サービス利用に適さない(立地、地形上など) <input type="checkbox"/> その他の理由(具体的にお書き下さい)
同意書	私及び私の介護者の申込内容を行政に情報提供される事、また入居判定にあたり行政・居宅介護支援事業所より施設への情報提供について同意します。 令和 年 月 日 氏名 印 (代理 続柄)

調 査 票

現況	独居・高齢者所帯・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の開始日: 年 月 日 申込日時の入所等の期間(年 ヶ月)											
	移動	歩行杖・歩行器・車椅子・ストレッチャー・全介助				介 助		自立・一部介助				
生活状況	食事	主) 普通・かゆ・ミキサー(箸・スプーン) 副) 普通・一口大・きざみ・極きざみ・ミキサー				介 助		自立・一部介助・全介助				
	排泄	トイレ・ポータブル・尿器・便器・おむつ				介 助		自立・一部介助・全介助				
	入浴	介助浴・座浴・特浴				介 助		自立・一部介助・全介助				
	視力	普通・見えにくい・見えない			身長	cm		体重	kg			
身体状況	聴力	普通・聴こえにくい・聴こえない			精神状態	安定・不安定(幻覚・興奮・攻撃・他)						
	発語	普通・やや不自由・不自由			認知症	無・有()						
	理解力	普通・分かりにくい・分からない			問題行動	無・有(徘徊・不潔行為・他)						
	現疾患				既往歴							
健康状態	主治医	TEL										
	医療の状況	経管栄養・胃ろう・カテーテル・人工肛門・インシュリン・在宅酸素 その他()										
	服薬	無・有() ※薬剤情報提供書がある場合は添付で可										
	感染症	無・有()			アレルギー	無・有()						
	皮膚刺激	普通・弱い			麻痺	無・有(右上肢・右下肢・左上肢・左下肢)						
	便秘	無・有(服薬/無・有)			こむしやく 拘縮	無・有(右上肢・右下肢・左上肢・左下肢)						
	睡眠	良・不良(服薬/無・有)			じよくそう 褥瘡	無・有()						
	えんげ 下	異常なし・むせる・つめる			湿疹	無・有()						
入れ歯	無・有(上・下・一部)			口腔保清	要・不要()							
介護の状況	主たる介護者氏名				続柄			年令			性別	男・女
	就労状況等	就業中・共働き・育児・その他()										
	従たる介護者氏名				続柄			年令			性別	男・女
	就労状況等	就業中・共働き・育児・その他()										
住環境	区分	持ち家・借家・高層住宅の 階(エレベーター有・無)										
	住宅改修	可・不可・改修済(手すり・段差・とびら・その他)										
	立地等	在宅サービス利用に問題点 無・有(送迎・訪問・その他)										
居宅介護支援事業者	居宅介護支援事業所名 担当ケアマネージャー名 () ()											
【介護上の悩み・困っていること】※別の用紙にお書き頂いても結構です。												