1頁～4頁まですべてにご記入ください

特別養護老人ホーム　でいご　入所申込書

申　込　日	
受　付　日	
現況確認(1回目)	
(2回目)	
(3回目)	
(4回目)	
(5回目)	

申込者				
	ﾌﾘｶﾞﾅ			
	氏　名		続柄	
	住　所			
	電　話	日中の連絡（ 可能 ・ 不可 ）		
	携　帯	日中の連絡（ 可能 ・ 不可 ）		

入所申込希望者の状況				
ﾌﾘｶﾞﾅ		性　別	生　年　月　日	
氏　名		男 ・ 女	明・大・昭　　年　　月　　日	
現住所				
保険者		被保険者番号		
要介護認定	□要介護３　□要介護４　□要介護５ 認定期間　　年　　月　　日 ～　　年　　月　　日			
相談できる介護支援専門員（ケアマネジャー）は、　いる　・　いない 居宅介護支援事業所名：　電話： ご担当介護支援専門員（ケアマネジャー）：				
居宅サービスの利用状況等(該当項目に☑し利用回数を記入	□訪問介護　回 ／ 月 □訪問入浴介護　回 ／ 月 □訪問看護　回 ／ 月 □訪問リハビリテーション　回 ／ 月 □居宅療養管理指導　回 ／ 月 □通所介護　回 ／ 月 □通所リハビリテーション　回 ／ 月 □福祉用具貸与　（ 特定福祉用具購入 ・ 住宅改修工事 ） □短期入所生活介護　回 ／ 月 □短期入所療養介護　回 ／ 月			
現在の状況 □ 自宅で一人暮らし □ 高齢者のみの世帯 □ 自宅で家族と暮らしている □ 施設や病院に入っている ［入院日：　入院前の居所：　診断名：］ 病院 ・ 老人保健施設 ・ グループホーム ・ ケアハウス ・ 有料老人ホーム ・ その他 ［名称：］				

主たる介護者				
ﾌﾘｶﾞﾅ		性　別	生　年　月　日	年齢
氏　名		男 ・ 女	大・昭　　年　　月　　日	歳
本人との関係				
□ 同居している □ 別居している ↓ 住　所： 連絡先：				

主たる介護者の方にお伺いします。（該当するものに〇を付けてください。）

介護の状況	あなたの心身に障害や疾病などの問題はありますか？
	□問題があるため介護困難 □問題はあるが、多少の介護は可能 □問題はあるが、介護をするのに支障はない □問題はない ■問題がある、を選択した方は以下の質問にもお答えください。 □病名　（例：腰痛など） □主介護者が介護認定を受けている場合→要支援１・２ 要介護１・２・３・４・５
	本人以外で家族に育児や看病の必要な方はいますか？
	□常時、育児または看病が必要な方がいる □半日程度の育児または看病が必要な方がいる □時々、育児または看病が必要な方がいる □いない
	あなた以外に介護に関われる方（家族等）はいますか？
	□いるが、本人の介護は困難 □いるが、本人の介護は多少可能 □いるが、本人の介護は十分可能 □いない ■いる、を選択した方は以下の質問にもお答えください。
	介護協力者についてお伺いします。
	□同居の介護協力者がいる □別居の血縁介護協力者がいる □近隣者等血縁者以外の介護協力者がいる ■頻度 □常時 □随時
	あなたは就労していますか？
	□１日に８時間以上就労している □１日に４時間以上就労している □１日に４時間未満就労している □不定期である □就労していない
同意欄	特別養護老人ホームでいご　施設長　殿 貴施設に入所を希望するため、申し込みます。 また、貴施設が入所判定に使用する目的で、居宅介護支援事業所等から情報提供を受けることに同意します。 令和　年　月　日 （　申 込 者　）　住　所 氏　名　印　続柄

入所希望者（ご本人様）氏名　　様

身体の状況	現　病　名 （現在治療中の病気）	
	既　往　歴 （今までの病歴）	
	意思の疎通	□　できる　□　できるときもある □　ほとんどできない　□　全くできない
	言語	□　普通　□　聞き取りにくい □　聞き取れない　□　全く話せない
	視力	□　普通　□　やや悪い □　人や物の動きがわかる　□　全く見えない
	聴力	□　普通　□　大きな声なら聞こえる □　耳元で大声なら聞こえる　□　全く聞こえない
	睡眠	□　普通　□　眠りが浅い　□　不眠　□　睡眠薬を使用している
	皮膚の状態	□　異常なし　□　床ずれがある（場所：　　/状態：　　） □　かゆみがある（場所：　　）　□　できものがある（場所：　　）
	特別な医療	□点滴　□中心静脈栄養　□透析　□人工肛門　□酸素療法　□人工呼吸器 □気管切開　□疼痛管理　□経管栄養　□モニター測定　□じょくそう □尿管カテーテル　□インスリン　□その他（　　）□特に無し
	身体の障害	無　・　有　（障害名：　　/部位： 種　　級　/取得年月日　　年　　月　　日）
日常生活での動作	起き上がり 寝返り動作	□　できる　□　何かにつかまればできる □　一部介助が必要　□　全てに介助が必要
	立位	□　一人で立てる　□　手すりにつかまればできる □　介助があれば立てる　□　立っていられない
	歩行　・　移動 （複数回答可）	□　自分で歩ける　□　杖、手すり、ｼﾙﾊﾞｰｶｰを使用して一人で歩ける □　介助があれば歩ける　□　歩けない　□　這って移動できる □　車椅子を使用している（　自走ができる　・　自走ができない　）
	活動	□　外出できる　□　家の中なら歩く等の移動ができる □　車椅子に座っていることが多い　□　寝たきり　・　ほとんど寝たきり
	食事	□　自分で食べられる　□　声かけ、見守りをすれば食べられる □　一部介助が必要　□　全てに介助が必要　□　口から食べることができない
	飲み込みの状態	□　良い　□　普通　□　時々のどにつかえる □　飲み込みが悪い（のどにつかえることが多い）　□　トロミを使っている
	食事の形態	□　常食　□　おかゆ　□　おかずは刻み　□　ミキサー食
	食事の制限・ｱﾚﾙｷﾞｰ （複数回答可）	□　制限はない　□　カロリー、塩分などの制限がある　□　アレルギーがある （　　）（　　）
	排泄 （複数回答可）	□　自分でできる　□　一部介助すればできる　□　後始末ができない □　全てに介助が必要　□　トイレでの排泄はできない
	パンツ・オムツ等	□　布パンツのみ　□　布パンツにパット使用　□　リハビリパンツ □　リハビリパンツにパットを使用　□　オムツ（　常時　・　夜間のみ　）
	入浴	□　湯船に入れる　□　シャワー浴（施設入浴）　□　清拭のみ
	お風呂で身体や 頭を洗うこと	□　自分でできる　□　見守りがあればできる　□　一部介助が必要 □　全てに介助が必要
	歯磨き	□　自分でできる　□　見守りがあればできる　□　一部介助が必要 □　一部介助が必要　□　全てに介助が必要
	義歯	□　無し　□　有り　（　全部　・　部分　・　有るが使用せず　）
	衣服の着脱	□　自分でできる　□　声かけ、見守りをすればできる □　一部介助が必要　□　全てに介助が必要

※入所判定に不利になるものではございませんので、ありのままをご回答ください。

自分でしまった物を、誰かに盗られたと言うようなことはありますか？	ない	・	時々ある	・	ある（　　）
意味不明の言動がありますか？	ない	・	時々ある	・	ある（　　）
奇声を上げることがありますか？	ない	・	時々ある	・	ある（　　）
大便をいじったり、トイレ以外の場所で排泄をすることがありますか？	ない	・	時々ある	・	ある（　　）
同じ事を何度も言うことがありますか？	ない	・	時々ある	・	ある（　　）
食べられないものを口にするようなことがありますか？	ない	・	時々ある	・	ある（　　）
一人の時に誰かと話しているようなことがありますか？	ない	・	時々ある	・	ある（　　）
昼間は寝ており、夜間不眠になることがありますか？	ない	・	時々ある	・	ある（　　）
色々な物を集めたり、無断で持ってくるようなことがありますか？	ない	・	時々ある	・	ある（　　）
世話(助言や介護)をされることを拒否(抵抗)するようなことがありますか？	ない	・	時々ある	・	ある（　　）
暴力をふるうようなことがありますか？ （例：殴る、噛み付く、引っかく、ける、つばを吐きかける等）	ない	・	時々ある	・	ある（
食事したことを忘れてしまうようなことがありますか？	ない	・	時々ある	・	ある（　　）
やたらに歩き回るようなことがありますか？（　家の中　、　外　）	ない	・	時々ある	・	ある（　　）
見えないものを見えると言うようなことがありますか？	ない	・	時々ある	・	ある（　　）

その他、申し出ておきたいことがございましたら自由にご記入下さい。

ご協力いただきありがとうございました。