

福井県特別養護老人ホーム入所申込書

申込日 令和 年 月 日 (曜日)

受付担当者

申込者	ふりがな 氏 名	特記事項(施設が記入)
	〒 住 所	
	電 話 () -	

入所を希望する人、その状況について

※該当するところは記入か○印、□にはレ印を付けてください

ふりがな 氏 名	男 女	保 険 者	
		被保険者番号
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 (才)	要介護度	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 未認定
住 所			
生 活	<input type="checkbox"/> 自宅で1人暮らし <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らす <input type="checkbox"/> 他の施設(老健・療養型・福祉施設・高齢者住宅)に入所中(施設名) <input type="checkbox"/> 現在入院中(病院名 時期 年 月から入院)		
介 護	<input type="checkbox"/> 介護する人がいない <input type="checkbox"/> 介護する人が(高齢 ・ 虚弱 ・ 就労中 ・ 育児中 ・ 複数介護 ・ 介護放棄)で自宅では困難 <input type="checkbox"/> 介護する人の(身体的 ・ 精神的)負担が大きくて自宅では困難 <input type="checkbox"/> 自宅で介護を始めた時期(年 月頃から) <input type="checkbox"/> 現在、居宅サービスを利用して(いる ・ いない) <input type="checkbox"/> 認知症の程度(日常生活自立度 I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M)		
医 療	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 褥瘡(床ずれ) <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> その他() <u>現在治療中の病気など</u> (かかりつけの病院:)		
申込み 希 望	<input type="checkbox"/> この施設のみ申込み <input type="checkbox"/> 他の施設にも申込み ・すでに申込み済施設() () ・これから申込み施設() ()		

主に介護している人について

※介護している人と申込者が同じでもこの欄に再記入してください

氏 名		続 柄	
同居別	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 同じ敷地にいる <input type="checkbox"/> 近くで別居 <input type="checkbox"/> 遠くで別居		
意見など	<u>介護で困っていること</u>		

※ 裏面にも記入してください。

入所を希望する人のその他状況について

※該当するところは□にレ点をつけて下さい
詳細は特記に記入して下さい

年金	種別:	金額:約 万円/2ヵ月
身体状況	視力	<input type="checkbox"/> 0.普通 <input type="checkbox"/> 1.見えにくい <input type="checkbox"/> 2.見えない 特記: _____
	聴力	<input type="checkbox"/> 0.普通 <input type="checkbox"/> 1.聞こえにくい <input type="checkbox"/> 2.聞こえない 特記: _____
	言語	<input type="checkbox"/> 0.普通 <input type="checkbox"/> 1.聞き取りにくい <input type="checkbox"/> 2.聞き取れない 特記: _____
日常生活動作状況	移動	<input type="checkbox"/> 0.自立 <input type="checkbox"/> 1.一部介助 <input type="checkbox"/> 2.全介助 ア.独歩 イ.伝い歩き ウ.杖 エ.歩行器 オ.車椅子 カ.リクライニング車椅子 特記: _____
	食事	<input type="checkbox"/> 0.自立 <input type="checkbox"/> 1.一部介助 <input type="checkbox"/> 2.全介助 <input type="checkbox"/> 3.経管 特記: _____
	入浴	<input type="checkbox"/> 0.自立 <input type="checkbox"/> 1.一部介助 <input type="checkbox"/> 2.全介助 特記: _____
	排泄	<input type="checkbox"/> 0.自立 <input type="checkbox"/> 1.一部介助 <input type="checkbox"/> 2.全介助 特記: _____
	更衣	<input type="checkbox"/> 0.自立 <input type="checkbox"/> 1.一部介助 <input type="checkbox"/> 2.全介助 特記: _____
精神状況	認知症	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ※ある場合はその程度: <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 軽度 特記: _____
	周辺症状	<input type="checkbox"/> ア.幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> イ.妄想 <input type="checkbox"/> ウ.昼夜逆転 <input type="checkbox"/> エ.暴言 <input type="checkbox"/> オ.暴力 <input type="checkbox"/> カ.徘徊 <input type="checkbox"/> キ.介護への抵抗 <input type="checkbox"/> ク.火の不始末 <input type="checkbox"/> ケ.不潔行為 <input type="checkbox"/> コ.性的問題行動 <input type="checkbox"/> サ.異食 <input type="checkbox"/> シ.不穏興奮 <input type="checkbox"/> その他 (_____)

※既往歴・骨折歴・ご本人の性格などご記入ください
