

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)

申込者	ふりがな	たんぽぽ さくら
	氏名	たんぽぽ さくら
	〒 ○△◇-○○○○ 住所	福井市○○町○○丁目○○○
電話	(○△○) 1234 - 5678	

携帯電話の番号をご記入ください

受付担当者

特記事項(施設が記入)

記入不要

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	たんぽぽ つくし	男	保険者	記入不要
氏名	たんぽぽ つくし	女	被保険者番号	
生年月日	明治・大正・昭和 ○ 年 △ 月 ○ 日 (100 才)	要介護度	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 未認定	
住所	福井市○○町○○丁目○○○			
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 checked="" type="checkbox"/> 現在入院中(病院名 ○○病院 時期 R○ 年 △△ 月から入院)			
介護	<input type="checkbox"/> 介護する人がいない <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 自宅で介護を始めた時期(R◇ 年 ○ 月頃から) <input checked="" 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() 現在治療中の病気など(かかりつけの病院: ○○病院、△△歯科) 高血圧症、便秘症、糖尿病			
申込み希望	<input type="checkbox"/> この施設のみ申込み <input checked="" type="checkbox"/> 他の施設にも申込み ・すでに申込み済施設(○○○苑) () ・これから申込み施設(△△△園) ()			

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	たんぽぽ さくら	続柄	長女
同居別	<input checked="" 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	介護で困っていること 就労中にて、昼夜逆転しているため、介護をすることが大変である。		

必ずご記入ください

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□にシ点をつけて下さい
詳細は特記に記入して下さい

年金	種別: 〇〇年金 必ずご記入ください	金額: 約 10 万円/2ヵ月 必ずご記入ください
身体状況	視力	<input type="checkbox"/> 0.普通 <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 2.全介助 <input type="checkbox"/> 3.経管 特記: きざみ食、水分トロミ、ムセこみがある
	入浴	<input type="checkbox"/> 0.自立 <input checked="" type="checkbox"/> 1.一部介助 <input type="checkbox"/> 2.全介助 特記: サービス利用をして行っています
	排泄	<input type="checkbox"/> 0.自立 <input checked="" type="checkbox"/> 1.一部介助 <input type="checkbox"/> 2.全介助 特記: 昼はトイレに行き、夜はオムツをしています
	更衣	<input type="checkbox"/> 0.自立 <input checked="" type="checkbox"/> 1.一部介助 <input type="checkbox"/> 2.全介助 特記: 時間がかかるがボタンがけはできる 下衣は介助
精神状況	認知症	<input type="checkbox"/> ない <input checked="" type="checkbox"/> ある ※ある場合はその程度: <input type="checkbox"/> 重度 <input checked="" type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 軽度 特記: _____
	周辺症状	<input checked="" type="checkbox"/> ア.幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> イ.妄想 <input checked="" 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 (_____)

現在の状態を記入してください 必ずご記入ください

※既往歴・骨折歴・ご本人の性格などご記入ください

H25年 右大腿骨骨折し手術	ご記入いただける範囲で ご記入ください
H30年 脳梗塞(右に不全麻痺あり)	
性格は頑固だが、情に厚く涙もろい	