

(様式1)

## 特別養護老人ホーム入居申込書(その1)

特別養護老人ホーム  
さかどロイヤルの園 施設長 殿

【申込者】

申込日	平成 年 月 日
受付日	平成 年 月 日

住 所	〒
(ふりがな) 氏 名	本人との関係
電話番号	
携帯電話	

特別養護老人ホームへ入居したいので、つぎのとおり申し込みます。(※1)

(ふりがな) 氏 名	性別 保 優 務 者		
	男	被保険者番号	
生年月日	明・大・昭 年 月 日 ( 歳 )	女 要介護度 1・2・3・4・5	
住 所	〒	介護認定期間 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	
本 人 の 状 況	現在利用している 在宅サービスの状況 (※2)	1訪問介護 ( 月 回 週 回 ) 2訪問入浴介護 ( 月 回 週 回 ) 3訪問看護 ( 月 回 週 回 ) 4訪問リハビリテーション ( 月 回 週 回 ) 5通所介護 ( 月 回 週 回 )	6通所リハビリテーション ( 月 回 週 回 ) 7短期入所生活介護 ( 月 回 週 回 ) 8短期入所療養介護 ( 月 回 週 回 ) 9福祉用具の貸与・購入費の支給 ( ) 10その他 ( )
	居宅介護支援事業所 (ケアマネージャー)の利用	1利用している (事業所名)	2利用していない (ケアマネージャー名)
	入居を希望する理由 (※3)	1介護者がいないため ( ) 2介護者がいるが障害や疾病の状況にあり介護が困難なため ( ) 3介護者がいるが高齢等のため十分な介護が困難なため ( ) 4介護者がいるが就業しているため十分な介護が困難なため ( ) 5介護者がいるが育児又は家族が病気の状況にあり十分な介護が困難なため ( ) 6介護保健施設に入所しているが替わりたい ( ) 7その他 ( )	
	単身生活者の場合	1. 介護者がいる 2介護者がいない	

介 護 者 の 状 況	主たる介護者	(ふりがな) 氏 名	性別 本人との関係 男・女
		生年月日	明・大・昭 年 月 日 ( 歳 )
		同居の区分	1同居 2別居(住所: )
		複数の介護をしているので	1. 介護困難 2. 少多少介護可能 3. 介護可能 4. なし
従たる介護者	主たる介護者の就労状況	主たる介護者の育児・家族の状況	主たる介護者の健康状態
	1. あり(該当するものに○) ・8時間以上・高齢で就労不能 ・4時間以上8時間未満 ・4時間未満	1. あり(該当するものに○) ・常時の育児・看病が必要 ・半日育児・看病が必要 ・時々育児・看病が必要 ・65歳以上の高齢世帯のみである	1. 良好 2. 不良(該当するものに○) ・介護困難 ・多少介護可能 ・介護可能
	2. 介護のため仕事をやめた	2. なし	
	3. なし	2. なし	
	(ふりがな) 氏 名	性別 本人との関係 男・女	
	同居の区分	1. 同居 2. 別居(住所: )	
	同居介護者の状況	1. 従たる同居家族なし 2. 介護困難 3. 少多少介護可能 4. 介護可能	
	介護期間	年 ヶ月	
	別居している血縁者による介護の可能性	1. 別居している血縁者なし 2. 介護困難 3. 少多少介護可能 4. 介護可能	
	入居を希望する時期	1今すぐ入居したい 2年月頃までには入居したい	
申込をしている施設名	施設名: 住所: 施設名: 住所: 施設名: 住所:		
待機期間	年 ヶ月		
説明確認	私は、入居申込の際、入居決定の手続き及び入居の必要性を評価する基準等について施設から説明を受けました。		
	平成 年 月 日 氏名: _____		

※1 介護保険者証のコピー、サービス利用票・別表のコピー(3か月分)、認定調査票のコピー、負担限度額認定証(お持ちの方)、薬情(薬の説明書き)を添付してください。

※2 現在施設入所中又は病院入院中の場合は入所前・入院前の利用状況を記入してください。

※3 入居を希望する理由の( )内には、その具体的な理由を記入してください

※4 必要性がなくなった場合は、別紙「特別養護老人ホーム入居申込み下書き」を提出してください。

※5 申込内容に変更が生じた場合は、施設に連絡し、指示を受けてください。

## 特別養護老人ホーム入居申込書(その2)

(状況申告書)

身体の状況		
治療中の病気等	なし・あり( )	
主治医	いない・いる(病院名: 医師名: )	
これまでにかかった病気		
身体等の状況	視力	1. 普通 2. やや悪い 3. 物の形がぼんやり見える 4. 全く見えない
	聴力	1. 普通 2. やや悪い 3. 耳元で大きな声 4. 全く聞こえない
	言語	1. 普通 2. 不明瞭 3. 短い言葉のみ 4. 全く話せない
	記憶	1. しっかりしている 2. 時々忘れる 3. ほとんど忘れる
	意思疎通	1. 通じる 2. ある程度通じる 3. 通じにくい 4. 通じない
	麻痺	なし・右上肢・右下肢・左上肢・左下肢・その他( )
	拘縮	なし・肩関節・肘関節・股関節・膝関節・足関節・手指
	喫煙	1. しない 2. する(1日 本程度)
	体型	身長 cm 体重 kg
日常生活動作能力	全般的動作	1. 外出できる 2. 家の中なら動ける 3. 起きられるがあまり動けない 4. 寝たきり・ほぼ寝たきり
	移動	1. 歩行できる(独歩・伝い歩き・杖・シルバーカー・歩行器・手引き) 2. 歩行できない(車椅子・リクライニング式車椅子)その他( )
		1. 一人で行動できる 2. 見守り、声掛けがあれば一人でできる 3. 付き添いなど介助が必要 4. はう 5. 全面介助
		食事
	1. なし 2. あり(全部・一部・あるが使用せず)	
	義歯	1. 自立 2. 見守り・声掛けが必要だが一人でできる 3. 一部介助があればできる 4. 全面介助 ※注意点
	更衣	1. 自立 2. 見守り・声掛けが必要だが一人でできる 3. 一部介助があればできる 4. 全面介助 ※注意点
	入浴	1. 自立 2. 見守りが必要 3. 何らかの介助が必要 4. 全面介助 ※入浴方法(一般浴・機械浴・その他 )
	排泄	1. 自立 2. 何らかの介助が必要( ) 3. 全面介助 4. (バルン・ストマ)(布パンツ・紙パンツ・パット・オムツ) (夜のみ・昼夜共) 使用
医療行為	1. 経管栄養 2. 胃瘻 3. インスリン 4. 気管切開吸引 5. 点滴 6. ストマ 7. バルン 8. カテーテル留置 9. 脊瘻( ) 10. その他( )	
認知症による周辺症状	1. 昼夜逆転 2. 不眠 3. 徘徊 4. 介護に抵抗 5. 異食、過食 6. 依存 7. 不安 8. 攻撃的行動 9. 幻覚 10. 妄想 11. 多動多弁 12. 奇声・大声 13. 不潔行為 14. 生活意欲の低下 15. 収集癖 16. 転倒・転落 17. 夕暮れ症候群 18. 火の不始末 19. その他( )	

家族構成						
同居の家族 (※1)	氏名	年齢	続柄	住所	職業	
別居の家族 (※2)						
特記事項 (※3)						
介護サービスについての希望						

※1 同居されているご家族についてはその全員を記入してください。

※2 別居されている家族についてはご本人の「子」「兄弟・姉妹」と成人されている「孫」まで記入してください。

※3 上記1, 2以外の方が申込者となっている場合はその理由と、その他特記すべきことがあればご記入ください。

現在の所在と今後の予定					
現在の居所	1. 自宅	2. 施設	3. 病院	4. その他 (名称: 担当者 )	いつから
現在の居所	1. 自宅	2. 施設	3. 病院	4. その他 (名称: 担当者 )	いつから
その前の居所	(名称 )				
今後の予定	1. 未定 2. 決まっている(どこに: いつから: )				
ご本人の収入	年金(種類 年額 円) その他( )				
障がい者手帳	無・有 手帳の種類( ) 障がい名( ) 第 種 級 取得年月日 年 月 日				

(様式6)

## 特別養護老人ホーム入居申込取り下げ書

平成 年 月 日

特別養護老人ホーム  
さかどロイヤルの園 施設長 殿

申込者：

住 所：

氏 名：

私は、先に提出した「特別養護老人ホーム入居申込書」を下記のとおり取り下げます。

記

1 申込日

平成 年 月 日

2 入居希望者

住所：

氏名：

3 取り下げる理由（該当項目の○をつけてください）

・他施設へ入居（名称： ）

・死亡

・転居

・その他