

社会福祉法人聖籠福祉会 特別養護老人ホームはすがた園 入所申込書

社会福祉法人聖籠福祉会理事長 様

【太線の枠の中をご記入ください。】

申込日	令和 年 月 日	受理日	令和 年 月 日
-----	----------	-----	----------

I 申込者 【太線の枠の中をご記入ください。】

ふりがな		続柄	電話番号	
1 氏名			自宅	
			携帯・会社等	
2 住所	〒 _____			

II 入所希望者の状況等 【該当する項目のご記入及び該当する項目を○で囲んでください。】

ふりがな			1 明治 2 大正 3 昭和
1 氏名	男・女	生年月日	年 月 日 生 (歳)
2 住所	〒 _____		電話番号

3 健康手帳	(種別、記号番号)		
4 療育手帳	有 ・ 無 判定		
5 障害者手帳	障害名		障害の級 第 種 級
6 精神保健福祉手帳	級		
7 年金	加入状況	有 ・ 無	年金の種別 国民年金・厚生年金 その他 ()
8 生活保護受給	有 ・ 無		
9 現況	(1) 自宅 (世帯状況) 1 一人暮らし 2 65歳以上の高齢者2人のみ 3 その他 同居者 人		
	(2) 病院(施設)に入院(所)中 病院・施設の名称 _____ (年 月 日から入所・入院している。)		
10 入所希望時期	1 今すぐに 入所をしたい 2 順番がきたら 入所をしたい 3 将来的には 入所をしたい		
11 申込状況	他施設の申込み (有 ・ 無)		
	※他施設にも申込みをされている方は、その施設名をご記入ください。		

10 入所希望の理由や介護で特に困っていることなどを自由にご記入ください。

--	--	--	--

11 医療の状況	病名	医療機関名	期間
----------	----	-------	----

(1) 治療中の病気			年 月 日～
			年 月 日～
			年 月 日～
			年 月 日～
			年 月 日～
			年 月 日～
			年 月 日～

(2) 既往症	病名	医療機関名	期間
---------	----	-------	----

			年 月 日～
			年 月 日～
			年 月 日～
			年 月 日～
			年 月 日～
			年 月 日～
			年 月 日～
			年 月 日～

(3) 次に掲げる処置を現在されている方は、該当を○で囲んでください。

- 1 経管栄養（胃婁、鼻腔） 2 留置カテーテル 3 スートマ（人工肛門・膀胱） 4 酸素療法
 5 インシュリン注射（自分で注射が⇒ できる ・ できない） 6 人工透析 7 気管切開
 8 吸引 9 吸入 10 その他（あれば記入）

12 現在使用している薬（内服薬、目薬、軟膏等）をご記入ください。

--

13 医師から指示がある場合は、その内容をご記入ください。

--

14 現在の生活状況について、教えてください。	
(1) 視力障害	生活に⇒ 1 支障なし ・ 2 支障あり（特記事項： ）
(2) 聴力障害	生活に⇒ 1 支障なし ・ 2 支障あり⇒補聴器（ していない ・ 使用 ）
(3) 会 話	1 できない ・ 2 ある程度できる ・ 3 できる
(4) 麻 痺	1 なし ・ 2 あり（部位： ）
(5) 拘 縮	1 なし ・ 2 あり（部位： ）
(6) 床ずれ	1 なし ・ 2 あり（部位： ）
(7) エアーマット	1 していない ・ 2 使用
(8) 義 歯	1 なし ・ 2 あり（ 上 ・ 下 ・ 上下 ）
(9) 嚥下障害	飲み込み困難 1 なし ・ 2 あり （水分にトロミ⇒ 1 つけている ・ 2 つけていない）
(10) 食 事	1 自立 ・ 2 見守り ・ 3 一部介助 ・ 4 全介助
	<主 食> 1 ごはん ・ 2 おかゆ ・ 3 ミキサー ・ 4 その他（ ）
	<副 食> 1 普通 ・ 2 柔らかいもの ・ 3 細かく刻んで ・ 4 ミキサー
	<食べ物アレルギー> 1 なし ・ 2 あり（内容： ）
(11) 排尿排便	1 自立 ・ 2 見守り ・ 3 一部介助 ・ 4 全介助
	<昼 間> 1 トイレ ・ 2 Pトイレ ・ 3 尿器 ・ 4 オムツ 5 紙パンツ ・ 6 パット
	<夜 間> 1 トイレ ・ 2 Pトイレ ・ 3 尿器 ・ 4 オムツ 5 紙パンツ ・ 6 パット
	<尿 意> 1 なし ・ 2 あり
	<便 意> 1 なし ・ 2 あり
	<排 便> 回／ 日（ 1 自然排便 ・ 2 下剤服用 ・ 3 浣腸使用）
(12) 入 浴	回／ 日（ 1 家庭 ・ 2 施設 ・ 3 訪問入浴） 入浴の際、介助を 1 行っていない ・ 2 行っている
(13) 更 衣	1 自立 ・ 2 見守り ・ 3 一部介助 ・ 4 全介助 （一部介助又は全介助の内容： ）
(14) 移 動	1 歩行ができる⇒ 1 自立 ・ 2 杖 ・ 3 歩行器 ・ 4 手押し車
	2 普通の車椅子⇒ 1 自分でできる ・ 2 介助が必要
	3 リクライニングの車椅子
(15) 移 乗 （ベッド⇄車椅子へ移動）	1 自立 ・ 2 見守り ・ 3 一部介助 ・ 4 全介助
(16) 認知症	1 なし ・ 2 あり
	※認知症により現在出現している症状がありましたら記入してください。
(17) 特記事項	

V 介護者の状況

1 同居家族及び主介護者の状況

同居家族をご記入ください。

※主に介護に携わっている方は◎、その他で介護に携わっている方は、△を備考欄に付けてください。

氏名	続柄	年齢	就労の状況	病気等	障害	介護	備考
			ある・ない		ある・ない	必要・不必要	
			ある・ない		ある・ない	必要・不必要	
			ある・ない		ある・ない	必要・不必要	
			ある・ない		ある・ない	必要・不必要	
			ある・ない		ある・ない	必要・不必要	
			ある・ない		ある・ない	必要・不必要	
			ある・ない		ある・ない	必要・不必要	
			ある・ない		ある・ない	必要・不必要	
			ある・ない		ある・ない	必要・不必要	
			ある・ない		ある・ない	必要・不必要	

2 別居家族の介護協力 1 ない・ 2 ある（ 常時 ・ 随時 ・ 緊急時 ）

VI 説明確認及び情報収集に係る同意

私は、貴施設への入所申し込みの際し、申し込みから契約までの手続き及び入所順位の決定方法について、施設から説明を受けました。

なお、貴施設が入所順位の整理及び決定のために必要な範囲内において、私（入所希望者及びその家族）に関する情報を市町村、担当地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、他の介護保険施設、福祉施設及び医療機関から収集及び提供することに同意します。

令和 年 月 日

入所希望者 _____ 印

入所希望者の家族 _____ 印

VII 留意事項

入所申込書に記載した内容に変更があった場合、あるいは他の特別養護老人ホームに入所した場合などは、お手数でも下記までご連絡ください。

施設名	電話番号	担当者
特別養護老人ホーム はすがた園	0254-27-7060	生活相談員