

施設長	次長	相談員	受付

受付日	令和	年	月	日
-----	----	---	---	---

特別養護老人ホーム 飛鳥の里三清荘

入 居 申 込 書

申請者 (連絡先)	〒住所	氏名	続柄
		電話 ()	
		携帯 ()	

入居希望者の状況	フリカ`ナ	性別	生年月日	明・大・昭	年	月	日	
	氏名	男・女						
	住所 (介護保険証)	〒						
	要介護度	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5	認定有効期間	令和	年	月	日から	
				令和	年	月	日まで	
	状況	<input type="checkbox"/> 在宅でサービスを利用しながら生活している ※種類： <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 特養などの施設や病院に入所または入院している ※施設種別・施設名または病院名 () ※入所又は入院時期：令和 年 月頃から <input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所、退院を迫られている： 月頃						
	医療の状況	<input type="checkbox"/> 医療処置有： <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> じょく瘡(床ずれ) <input type="checkbox"/> 在宅酸素(1ℓ未満) <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 医療処置無						
かかりつけ医								
担当ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> いる ※事業所名 () 名前 () <input type="checkbox"/> いない							
介護者の状況	主介護者	氏名	続柄	生年月日	明・大・昭	年	月	日
	主介護者のみ回答	<input type="checkbox"/> 身寄りがなく、介護する者がいない <input type="checkbox"/> 介護する者がいない (<input type="checkbox"/> 介護者が長期入院・入所 <input type="checkbox"/> 介護者が遠方に在住) <input type="checkbox"/> 介護者はいるが十分な介護力がない (<input type="checkbox"/> 要介護状態 <input type="checkbox"/> 病気療養中 <input type="checkbox"/> 障害がある) <input type="checkbox"/> 介護する者が要支援状態・高齢である為、十分な介護ができない <input type="checkbox"/> 介護に当たる時間を確保できない (<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 育児している <input type="checkbox"/> 他にも介護) <input type="checkbox"/> 介護する者がいるが、上記以外の理由で介護を行う事が困難である ※上記以外の理由 ()						

入居希望者 の 身 体 状 況	麻痺	<input type="checkbox"/> 有（左・右・両上肢 / 左・右・両下肢） <input type="checkbox"/> 無	拘縮	<input type="checkbox"/> 有（背中・肩・肘・指・股・膝・足） <input type="checkbox"/> 無
	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 全盲 眼鏡使用： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや難聴 <input type="checkbox"/> 難聴 補聴器使用： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 食形態： <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> やわらか食 <input type="checkbox"/> ムース食 食事量： 割、水分摂取量： ml/1日	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 手段： <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 手引き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 老人車 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> リクライニング
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 種類： <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> オムツ	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 入浴形態： <input type="checkbox"/> 家庭浴 <input type="checkbox"/> 車椅子浴 <input type="checkbox"/> 特浴
	口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 入れ歯： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	意思疎通	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 一部可 <input type="checkbox"/> 不可
	認知症	<input type="checkbox"/> 有：病名（ ） 特筆すべき症状（ ） <input type="checkbox"/> 無		
精神的障害	<input type="checkbox"/> 有：病名（ ） 特筆すべき症状（ ） <input type="checkbox"/> 無			
既往歴				
入居申請に至る経緯				
.....				
.....				
.....				

<p>【説明確認及び同意書】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・申し込みの内容について変化があった場合には、施設に連絡をすることに同意します。 ・入居可能な案内があったにもかかわらず、自己都合により入居を辞退した場合は、入居順位名簿から削除されることに同意します。 ・入居制度の適正な運用のため、この申込書及びそれらから作成した資料等を行政機関等の求めに応じて提供することに同意します。 ・施設が居宅介護支援事業所、病院、施設等に入居希望者の状況等について確認することに同意します。 <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">氏名 印（続柄）</p>
--