

特別養護老人ホーム ふれあい荘 入所申込書 (記入例)

※□をクリックすると☑が付きます。
該当する項目に☑、または入力してください。

受付番号：

担当者：

身元引受人	フリガナ フレアイ ハナコ
	氏名 ふれあい 花子 (続柄 妻)
	〒 381 - 1215 長野市松代町西寺尾1000番地
	TEL ()

申込日	令和 ●▲年 ■月 ◆日
受付日	令和 年 月 日
入所希望施設名	<input checked="" type="checkbox"/> 特別養護老人ホームふれあい荘 (松代) <input type="checkbox"/> 小規模特養 第2ふれあい荘 (松代) <input type="checkbox"/> 小規模特養 稲里ふれあい荘 (稲里) <input checked="" type="checkbox"/> 小規模特養 柳原ふれあい荘 (柳原) <input type="checkbox"/> グループホーム柳島爐 (松代)

※小規模特養は個室となっており、申込対象者は長野市在住(介護保険者が長野市)の方のみです。

フリガナ	フレアイ タロウ		介護保険者(番号)	保険者： 202010 市町村／ 長野市	
本人氏名	ふれあい 太郎	<input checked="" type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	被保険者番号	000 0123456	
生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 ■▲年 ●月 ▼日 () 歳		要介護度	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
住所	〒 381 - 1215 長野市松代町西寺尾1000番地		要介護度認定期間	平成/令和 ▼年 ■月 ●日 から 令和 ●年 ▲月 ◆日 まで	
居宅介護支援事業所	居宅介護支援事業所ふれあい荘 TEL ()		担当ケアマネ	松代 一郎 ケアマネ	
日常生活自立度	障害老人の日常生活自立度 (寝たきり度) <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input checked="" type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input checked="" type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2				
	認知症老人の日常生活自立度 <input checked="" type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M				
健康保険	<input checked="" type="checkbox"/> 後期高齢者医療被保険者証 <input type="checkbox"/> その他 ()				
年金の種類 (国民年金等)	厚生年金	年金額 (年間)	約 180 万円	支払方法	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 親族 <input type="checkbox"/> その他 ()
在宅サービス利用状況	<input checked="" type="checkbox"/> 訪問介護 <input checked="" type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハ <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input checked="" type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハ <input checked="" type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <input checked="" type="checkbox"/> 福祉用具貸与				
現状	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 () <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 () <input type="checkbox"/> 入院中 () <input type="checkbox"/> その他 ()				
医療状況	【既往歴】 平成20年5月 大腿骨骨折 平成25年 脳梗塞			【現病】 平成2年～ 高血圧症	
	<input type="checkbox"/> 経管栄養 (<input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 鼻腔) <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> 褥瘡 (床ずれ) <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 膀胱ろう <input type="checkbox"/> その他 ()				
	服薬	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ●●薬 朝、夕1錠 ▲▲薬 寝る前1錠			
	主治医	病院名 ●▼■病院		担当医 ▲● ■◆	Dr

入所希望理由	<input type="checkbox"/> 主たる介護者がいない（独居） <input type="checkbox"/> 主たる介護者が遠距離に住む、または入院等で介護が望めない <input checked="" type="checkbox"/> 主たる介護者が高齢、障害、疾病である <input type="checkbox"/> 主たる介護者が介護、育児、就労等で介護が困難である <input checked="" type="checkbox"/> 主たる介護者が身体的、精神的な不安が大きい <input type="checkbox"/> 現時入院（入所）している病院や施設から退院（退所）を求められている <input type="checkbox"/> いずれ特養に入所を希望している							
	その他							
入所申込に 連絡先 関わる	フリガナ	フレイ ハナコ		申込者との関係	性別	年齢	同居区分	
	氏名	ふれあい 花子		妻	<input type="checkbox"/> 男性 <input checked="" type="checkbox"/> 女性	歳	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
	住所	〒 381 - 1215 長野市松代町西寺尾1000番地		連絡先 ① 090-●●●-▲▲▲▲ ② 278-5600				
家族の 状況	家系図	同居家族の場合、 ○で囲う		氏名	続柄	年齢	同居	備考
			ふれあい 花子	妻		<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
			ふれあい 二郎	長男		<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無		
			松代 松子	長女		<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無		
			松代 太郎	長女夫		<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無		
			松代 二郎	孫		<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無		
					<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
同意書	今後、入所希望施設において入所申込者の状況を調査するために、この申込書の中からの項目（施設名、被保険者番号、氏名、生年月日、住所（居所））を行政に報告することを同意します。							
	令和 ● 年 ▲ 月 ■ 日	【本人氏名】	ふれあい 太郎		⑩			
			【身元引受人】	ふれあい 花子		⑩		
今後、この申込書の申込内容のうち、住所、要介護度、介護保険被保険者資格について変更があった場合、行政及び関係機関に対して入所希望施設が、変更内容の確認をすることに同意します。								
		令和 ● 年 ▲ 月 ■ 日	【本人氏名】	ふれあい 太郎		⑩		
			【身元引受人】	ふれあい 花子		⑩		

注1 「介護保険被保険者証」「後期高齢者医療被保険者証又は健康保険証」「直近3ヵ月分のサービス利用票及び別表（在宅サービス利用の方）」の写しを添付してください。

注2 介護度などの要件や他施設へ入所されるなどの状況に変化があった場合は、すぐに施設へお知らせください。

注3 必要に応じて申込後の状況について、施設から確認の連絡をさせていただくことがあります。

項目		評価						特記事項	
食事	形態	□ 常食		□ 粥		□ ミキサー			
	方法	□ 常食				□ 刻み	□ ミキサー	とろみ □ 有 □ 無	
	副食								
排泄	排尿	□ 自立		□ 見守り		□ 一部介助 □ 全介助		尿意 □ 有 □ 無	
	排便	□ 自立		□ 見守り		□ 一部介助 □ 全介助		便意 □ 有 □ 無	
	方法	日中	□ トイレ		□ Pトイレ		□ おむつ □ リハパン □ カテーテル等		
		夜間	□ トイレ		□ Pトイレ		□ おむつ □ リハパン □ カテーテル等		
清潔	洗身	□ 自立		□ 一部介助		□ 全介助			
	方法	□ 一般浴		□ リフト (チェア) 浴		□ 特殊浴槽			
	更衣	□ 自立		□ 見守り		□ 一部介助 □ 全介助			
	口腔ケア	□ 自立		□ 一部介助		□ 全介助		義歯 □ 有 □ 無	
移動・移乗	起き上がり	□ つかまらず可		□ 何かにつかまれば (介助があれば) 可		□ できない			
	座位の保持	□ できる		□ 自分の手で支えられる		□ 支えがあれば可 □ できない			
	立ち上がり	□ つかまらず可		□ 何かにつかまれば (介助があれば) 可		□ できない			
	歩行	□ つかまらず可		□ 何かにつかまれば (介助があれば) 可		□ できない			
	移乗	□ 自立		□ 見守り		□ 一部介助 □ 全介助			
	方法	屋内	□ 独歩・杖		□ 歩行器・手引き		□ 車椅子 (タイプ:)		
	屋外	□ 独歩・杖		□ 歩行器・手引き		□ 車椅子 (タイプ:)			
意思疎通	視力	□ 普通		□ 近いものが見える		□ ほぼ見えない □ 不明		眼鏡 □ 有 □ 無	
	聴力	□ 普通		□ 大きな声が聞こえる		□ ほぼ聞こえない □ 不明		補聴器 □ 有 □ 無	
	意思の伝達	□ できる		□ 時々できない		□ ほぼできない □ できない			
	指示への反応	□ 指示が通じる		□ 時々通じない		□ ほぼ通じない □ 通じない			
	意思の決定	□ できる		□ 特別な場合困難		□ 日常的に困難 □ できない			
認知症状	[具体的行動]	有	時々有	無		有	時々有	無	
	被害妄想	□	□	□	暴言暴行	□	□	□	落ち着きなし □ □ □
	作り話	□	□	□	同じ話をする	□	□	□	外出時戻れない □ □ □
	幻視・幻聴	□	□	□	大声を出す	□	□	□	一人で外出する □ □ □
	感情不安定	□	□	□	介護に抵抗	□	□	□	不潔行為 □ □ □
	昼夜逆転	□	□	□	徘徊	□	□	□	異食行動 □ □ □
生活歴 (出身・趣味・生活の様子・退勤前の職業など)									

入所希望者の身体状況の確認票です。
一番近い項目に☑をして下さい。
生活歴の記入(入力)もお願いします。