

指定介護老人福祉施設 第2ハトホーム 入所申込書

*ご希望される居室にチェック☑してください

多床室 個室（別途個室料金がかかります） どちらでも可

申込日 令和 年 月 日

ふりがな		続柄	本人の住所	〒 -
申請書記入者のお名前				電話 ()
ふりがな		性別 男・女	生年月日	明大昭 年 月 日
入所申込者のお名前				
被保険者番号			保険者	区・市・町・村
要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 認定の有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日			
入所申込についての問い合わせ先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅以外 ▽問い合わせをさせていただく方のお名前 () (続柄) ▽問い合わせ先の電話 (自宅以外の方) () ▽問い合わせ先の住所 (自宅以外の方) 〒 -			
同居の方について	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> ご夫婦のみ (相手の方の年齢 歳) <input type="checkbox"/> ご夫婦以外に同居者がいる			
主に介護している方について	介護する方は <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない 主に介護される方は <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病弱 <input type="checkbox"/> 病気で治療中 <input type="checkbox"/> 障害がある 主に介護される方は <input type="checkbox"/> 働いている <input type="checkbox"/> 働いていない			
介護を手伝う方について	介護を手伝う方は <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない 手伝う方がいる場合その方は <input type="checkbox"/> 親族 <input type="checkbox"/> 近所の方 <input type="checkbox"/> それ以外の方 ()			
お住まいについて	今のお住まいは <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅以外 自宅以外にお住まいの方は、戻る家がある <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 立ち退きを求められている <input type="checkbox"/> 家屋の老朽化が激しい			
介護する上での住宅の問題について	<input type="checkbox"/> エレベータの無い集合住宅の2階に住んでいる <input type="checkbox"/> 自分の部屋が無い <input type="checkbox"/> 自分の部屋とは別の階にトイレや風呂がある <input type="checkbox"/> その他 (具体的に)			
その他当てはまるもの	<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 大声や奇声 <input type="checkbox"/> その他の行為 (具体的に) <input type="checkbox"/> 医療器具を使っている (具体的に) <input type="checkbox"/> 病気がある (具体的な病名)			

現在受けている介護や治療の様子について

ご自宅以外での介護や治療 ※ご自宅にいる場合は未記入	現在いらっしゃるの <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム ▽施設の名称 ()	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム <input type="checkbox"/> ケアハウス <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> その他 ()	▽入所・入院開始日 年 月 日~
ケアプランなどについて	ケアプランは <input type="checkbox"/> 作っている <input type="checkbox"/> 作っていない 相談できる介護支援専門員は <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ▽介護支援専門員の氏名 () ▽事業所名 () ▽電話 ()		
在宅サービスについて	在宅サービスは <input type="checkbox"/> 使っている <input type="checkbox"/> 使っていない 今後の利用は <input type="checkbox"/> 今のままでよい <input type="checkbox"/> もっと増やしたい <input type="checkbox"/> サービスの使い方を改善したい (具体的に)		

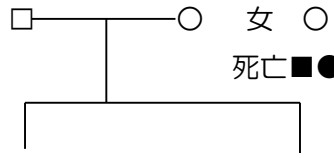
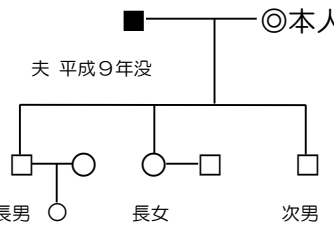
私は、貴施設の入所に関する方法や手続きについて説明を受けました。この申込書にある内容を保険者・在宅介護支援センター・指定するケアマネージャーへ提供することに同意します。

また、貴施設へ入所が決定した場合は、保険者・市内の介護老人福祉施設へ入所決定したことを通知することに同意します。

特別養護老人ホーム 第2ハトホーム施設長様

令和 年 月 日

氏名 _____ 印

身 体 身長 (cm) 体重 (kg)	留意事項記入 して下さい																		
視 力 1. 普通 2. 弱視 3. 不可 *眼 鏡 (あり、なし)																			
聴 力 1. 普通 2. やや難聴 3. 難聴 *補聴器 (あり、なし)																			
意思疎通 1. 可能 2. やや困難 3. 困難																			
対人関係 1. 積極的 2. 普通 3. 消極的																			
立 位 1. 可能 2. 一部介助 3. 不可 4. 寝たきり状態																			
歩 行 1. 独歩 2. 杖やシルバーカー使用 3. 困難、車椅子使用																			
移 動 1. 自立 2. 一部介助 3. 全介助																			
着脱衣 1. 可能 2. 一部介助 3. 全介助																			
食 事 1. 自己摂取 2. 一部介助 3. 全介助 *食事内容 主食(米飯、粥) 副菜(普通、きざみ、ペースト状) *義歯(あり、なし) 義歯管理(自己、援助必要)																			
排 泄 1. 自立 (トイレ使用、ポータブルトイレ使用) 2. 介助でトイレ使用 (誘導、移行、衣服上げ下げ、清潔面) 3. オムツ使用 (常時、夜間のみ)																			
入 浴 1. 普通浴槽 (自立、見守り、一部介助、全介助) 2. 機械浴槽 (椅子型、ベッド型)																			
その他伝えたい事柄 1. 2. 3. 4.																			
現在通院中の病名 1. 4. 2. 5. 3. 6.	家族構成 *左から兄姉 *同居は○で囲む 本人二重 男 □ 女 ○ 死亡 ■● 																		
既往歴(今までにかかった主な病気) <table border="1"> <thead> <tr> <th>病 名</th> <th>いつ頃</th> <th>入院時の病院</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>()</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>()</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>()</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>4.</td> <td>()</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>5.</td> <td>()</td> <td>()</td> </tr> </tbody> </table>	病 名	いつ頃	入院時の病院	1.	()	()	2.	()	()	3.	()	()	4.	()	()	5.	()	()	※入所の際は2名以上の緊急連絡先が必要です ----- *記入例 
病 名	いつ頃	入院時の病院																	
1.	()	()																	
2.	()	()																	
3.	()	()																	
4.	()	()																	
5.	()	()																	