

※太ワクの中をすべて記入してください（不明な点は、施設にご相談ください）  
 ※口欄は、該当するものに×を記入してください

## 特別養護老人ホーム福寿荘 入所申込書

入所を希望する者	フリガナ			保険者名																
	氏名			被保険者番号																
	生年月日	明・大・昭	年	月	日	( )歳					性別(男・女)									
	現住所	(郵便番号 - )										電話番号( - - )								
	認定状況	<申込日現在の介護度> 要介護 ( 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 )																		
<input type="checkbox"/> 区分変更申請中 (平成 年 月 日申請)									<input type="checkbox"/> 更新申請中 (平成 年 月 日申請)											
<input type="checkbox"/> 介護保険証コピー			認定有効期間			H 年 月 日 ~ H 年 月 日														
世帯状況			<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居家族がいる																	
入所を希望する理由	<input type="checkbox"/> 介護する者がいないため。 <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」、「障害」、「疾病」等により十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 介護者が就労していることから、十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により、十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所等を求められているが、受け入れが困難なため。 <input type="checkbox"/> その他 [ ]																			
<p>特別養護老人ホーム 福寿荘 施設長 殿</p> <p>貴施設に入所を希望するため、申し込みます。</p> <p>また、貴施設が入所判定に使用する目的で、居宅介護支援事業者等から情報提供を受けることに同意します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>(申込者) 住所 _____</p> <p>氏名 _____ 印 _____ (続柄)</p>																				

申し込み者（連絡先）

氏名：	続柄：	電話番号：
〒： -		
住所：		

※太ワクの中をすべて記入してください（不明な点は、施設にご相談ください）

※口欄は、該当するものに×を記入してください

◎入所希望者の状況

入所希望者の状況	サービス等の利用状況	<input type="checkbox"/> 他の施設や医療機関に入っている  〔 ・施設名又は医療機関名： _____ ・所在地： _____ ・電話番号： _____ - _____ ・FAX： _____ - _____ ・入所又は入院時期：平成 _____ 年 _____ 月から入所（入院）している。 ・施設や医療機関から退所（退院）を求められているか。（ いる ・ いない ） 〕  * 現在契約している事業所名 _____  * 担当介護支援専門員 _____
		<input type="checkbox"/> 既往歴（どの病気をいつ）
	生活機能	<input type="checkbox"/> 疾病  〔 <具体的に> 〕  1、移動 <input type="checkbox"/> 自分で歩ける。 <input type="checkbox"/> 杖や老人カーを使用すれば歩ける。 <input type="checkbox"/> 車椅子を使用    [ <input type="checkbox"/> 自分で操作 <input type="checkbox"/> 全介助 ] 2、着替 <input type="checkbox"/> 自分でできる。 <input type="checkbox"/> 介助が必要 [ <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ] 3、食事 <input type="checkbox"/> 自分で食べる。 <input type="checkbox"/> 介助が必要 [ <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ] 4、排泄 <input type="checkbox"/> 自分でできる。 <input type="checkbox"/> 見守り声掛けが必要 <input type="checkbox"/> トイレまで誘導するとできる。 <input type="checkbox"/> オムツ交換 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレを使用
	身体機能	1、麻痺 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 2、視覚 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 右盲 <input type="checkbox"/> 左盲 <input type="checkbox"/> 全盲 <input type="checkbox"/> メガネ使用 <input type="checkbox"/> 白内障 [ <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 ] <input type="checkbox"/> 緑内障 [ <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 ] 3、聴覚 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 難聴 <input type="checkbox"/> やや難聴 <input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない <input type="checkbox"/> 補聴器使用 4、身長            _____ cm 5、体重            _____ K
認知症状況	<input type="checkbox"/> 年相応の物忘れがあるが認知症はない <input type="checkbox"/> 認知症がある（具体的な症状を詳しく書いてください）  〔 <具体的に> 〕	



