

入 所 申 込 書

指定介護老人福祉施設
特別養護老人ホーム

菊仙荘 施設長 殿

受 付

申 請 者	氏 名	印				
	続 柄		電 話			
	住 所					

下記対象者を貴介護老人福祉施設へ入所させたく、下記の通り申請いたします。
尚、入所のための待機中に、貴施設以外に入所が決定した場合、又、要介護度や連絡先、介護の状況等について変更があった場合には、速やかに貴施設に連絡いたします。

対 象 者 の 状 況	ふりがな 氏 名			男・女	保険者							
	生年月日	明・大・昭 年 月 日			歳	被保険者 番 号						
	現住所				認 定 有 効 期 間	要介護度	3・4・5		1・2の方は裏へ			
	電 話	()				令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	変更中 ・ 認定結果待ち					
	生活状況	・世帯 (独居 ・ 夫婦のみ ・ 家族と同居 ・ 別居だが敷地内または近隣に家族がいる) ⇒同居の方 (夫・妻・息子・息子の妻・娘・娘の夫・孫・兄弟姉妹・その他) ・施設等 (病院 ・ 老健 ・ 特養 ・ ケアハウス ・ 養護 ・ グループホーム ・ その他) ⇒施設等名 () 利用開始日 年 月 日										
	介護者の状況	介護者 : あり・なし ※ 入院・入所中の方は在宅生活を想定してご記入下さい。 主たる介護者 氏名 生年月日 明・大・昭 年 月 日 続柄 従たる介護者 氏名 生年月日 明・大・昭 年 月 日 続柄										
	入所希望の理由	(該当すべてに丸) ・ 介護者が誰もいない ・ 他に介護しており介護困難 ・ 近隣 (10km以内) から通っている ・ 遠方 (10km以上) から通っている ・ 就労中 (生計維持のための仕事) で介護困難 ・ 育児中 (未就学の乳幼児) で介護困難 ・ 病弱 (治療中の疾病、慢性疾患・障害、自身が介護認定を受けサービス利用中) で介護困難 ・ 居住環境の事情により十分な介護が困難 ・ その他 ()										
	居宅介護支援事業所	事業所名 () 担当ケアマネージャー名 ()										
	申込状況	・ 貴施設のみ ・ 他の施設も申し込む (施設名)										
	入所希望の時期	1. 今すぐ 2. 三ヶ月以内 3. 一年以内 4. 当面希望しないが必要になった時										

特別養護老人ホーム 菊仙荘 の入所指針の説明を受け、次のことについて同意します。

1. 入所申込に必要な「介護認定調査に関わる情報」を保険者から得ること。
2. 入所申込に必要な「ケアプランに関する情報」を居宅介護支援事業所から得ること。
3. 保険者から要求があった場合、この申込書を保険者へ提供すること。
4. 特例入所対象者 (特段の理由がある方) については、保険者へ意見を求めること。

令和 年 月 日

氏名 (本人または代理人)

印

日常生活動作・家族等の状況

介護老人福祉施設 菊仙荘
特別養護老人ホーム

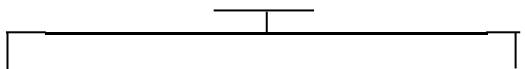
氏名

様

ご家族・ごきょうだい等氏名	続柄	年齢	職業	住所	連絡先

身体状況	運動障害	無・上肢(左・右)・下肢(左・右)		
	関節制限	無・肩・肘・手首・手指・股・膝・足首・足指		
	視力	普通・()	眼鏡	有・無
	聴力	普通・少し聞こえにくい・かなり聞こえにくい・聞こえない		
	意思疎通	話が(通じる・通じない) 伝えたいことを(伝えられる・伝えられない)		
	言語障害	無・有	身体手帳	無・有(種 級)
	歯	自歯のみ・部分入歯・総入歯・なし		
精神	対人関係	普通・拒否的・協調的		
	性格	朗らか・温厚・几帳面・わがまま・短気・頑固		
	認知症	無・有(軽度・中度・高度)		
状態	周辺症状	無・(1)被害的(2)作話・幻視・幻聴(3)感情不安定(4)昼夜逆転(5)暴言暴行(6)同じ話を繰り返す(7)叫び声(8)介護抵抗(9)徘徊(10)一人で出たがる(11)一人で戻れない(12)収集癖(13)衣類等の破損(14)不潔行為(15)異食行為(16)性的迷惑行為(17)火の不始末(18)その他()		発生頻度 ・ほぼ毎日() ・週に1~2回以上() ・月に1~2回以上() ・年に数回()

ご家族構成(図) 男性は□、女性は○、
ご本人は□ か、◎で表示。
同居の方は線で囲み、亡くなった方は黒く塗って下さい。



食事	摂取	自立・見守り・一部介助・全介助・経管栄養()		
	嚥下	良好・見守り・不可・()		
	使用具	箸・スプーン・自助具・吸飲み・滑り止めマット()		
	主食	普通・軟飯・粥・おにぎり・ミキサー	副食	普通・軟食・極刻み・極々刻み・ミキサー
	牛乳	可・不可	アレルギー食品	摂取時間 15分前後・30分前後・1時間前後

排泄	尿・便意	有・時々有・無・不明	方法	自尿・導尿・留置カテーテル	場所	トイレ(昼・夜)ポータブル(昼・夜)尿器
	オムツ使用	昼	無・紙パンツ・失禁パンツ・尿パッド・フラット・オムツ()			
		夜	無・紙パンツ・失禁パンツ・尿パッド・フラット・オムツ()			
後始末	自立・一部介助・全介助()					

入浴	形態	普通浴・座位浴・臥床浴	浴槽出入	自立・一部介助・全介助()
	洗身	自立・見守り・一部介助・全介助()		

着脱	上服	自立・一部介助・全介助()	下服	自立・一部介助・全介助()
	整髪	自立・一部介助・全介助()	口腔	自立・一部介助・全介助()
整容	洗顔	自立・一部介助・全介助()	爪切り	自立・一部介助・全介助()

起居移動	寝返り	つかまらず出来る・つかまれば出来る・自分では出来ない		
	起き上がり	つかまらず出来る・つかまれば出来る・自分では出来ない		
	座位保持	支えがなくても座れる・自分の手で支えれば座れる・背もたれや肘掛が必要・座れない		
	立ち上がり	つかまらず立ちあがれる・何かにつかまれば立ちあがれる・自分では立ち上がれない		
	立位保持	支えなしで立てる・支えがあれば立てる・立てない		
	移乗	一人で移れる・見守りが必要・一部介助・全介助		
	移動手段	何も持たずに歩く・杖歩行・シルバーカー・歩行器・手引き歩行・車椅子(自操・一部介助・全介助)		

入所申込健康診断書

医療機関 住所 _____
 機関名 _____
 医師名 _____ 印

受診者	氏名	様			男・女	
	生年月日	明・大・昭	年	月	日	
	住所					
身長	cm		体重	kg		
現在	病名	発症年月日		状態		
既往歴						
胸部X-P		所見				
ワ氏	十・一	HBs抗原	十・一 ()	HCV抗体	十・一 ()	
精神障害	有・無	病名				
	認知症	重度・中度・軽度・正常				
	問題行動					
特記事項						

様式 1 (記入例)

入所申込書

指定介護老人福祉施設
特別養護老人ホーム
菊仙荘 施設長 殿

記入しないで下さい

受付

印鑑を忘れずに

申し込まれる
ご家族です

申請者	氏名	菊間 太郎 印		
	続柄	長男	電話	0898-12-3456
	住所	今治市菊間町種 1番地の2		

下記対象者を貴介護老人福祉施設へ入所させたく、下記の通り申請いたします。
尚、入所のための待機中に、貴施設以外に入所が決定した場合、又、要介護度や連絡先、介護の状況等について変更があった場合には、速やかに貴施設に連絡いたします。

対象者の状況	ふりがな	きくま きくじろう		男・女	今治市										
	氏名	菊間 菊次郎		92歳	被保険者番号	4	5	0	9	8	7	4	3	2	1
	生年月日	明(大) 昭 12年 1月 1日			要介護度	3・4・5			1・2の方は裏へ						
	現住所	今治市菊間町種 1番地の2			認定有効期間	令和元年 5月 1日から			令和2年 4月 30日まで						
	電話	(0898) 12-3456				変更中 ・ 認定結果待ち									
	生活状況	<input checked="" type="checkbox"/> 世帯 (独居 ・ 夫婦のみ ・ 家族と同居 ・ 別居だが敷地内または近隣に家族がいる) ⇒同居の方 (夫・妻・息子・息子の妻・娘・娘の夫・孫・兄弟姉妹・その他) <input checked="" type="checkbox"/> 施設等 (病院 ・ 老健 ・ 特養 ・ ケアハウス ・ 養護 ・ グループホーム ・ その他) ⇒施設等名 (○○○ 利用開始日 R○○年○月○○日													
	介護者の状況	介護者 : <input checked="" type="checkbox"/> あり ・ なし ※ 入院・入所中の方は在宅生活を想定してご記入下さい。 主たる介護者 氏名 菊間 美子 生年月日 M()S() 30年 1月 1日 続柄 長男妻 従たる介護者 氏名 菊間 花代 生年月日 M()S() 5年 1月 1日 続柄 妻													
	入所希望の理由	<input checked="" type="checkbox"/> 介護者が誰もいない ・ 他に介護しており介護困難 ・ 育児中(未就学の乳幼児)で介護困難 <input checked="" type="checkbox"/> 近隣(10km以内)から通っている <input type="checkbox"/> 遠方(10km以上)から通っている <input checked="" type="checkbox"/> 就労中(生計維持のための仕事)で介護困難 <input type="checkbox"/> 病弱(治療中の疾病、慢性疾患・障害、自身が介護認定を受けサービス利用中)で介護困難 <input checked="" type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> その他 ()													
	居宅介護支援事業所	事業所名 (○○○) 担当ケアマネージャー名 (○○ ○○○)													
	申込状況	<input checked="" type="checkbox"/> 貴施設のみ ・ 他の施設も申し込む (施設名)													
入所希望の時期	① 今すぐ 2. 三ヶ月以内 3. 一年以内 4. 当面希望しないが必要になった時														

特別養護老人ホーム 菊仙荘 の入所指針の説明を受け、次のことについて同意します。

1. 入所申込に必要な「介護認定調査に関わる情報」を保険者から得ること。
2. 入所申込に必要な「ケアプランに関する情報」を居宅介護支援事業所から得ること。
3. 保険者から要求があった場合、この申込書を保険者へ提供すること。
4. 特例入所対象者(特段の理由がある方)については、保険者へ意見を求めること。

申請者と同じです。
印鑑を忘れずに

令和 ○○年 ○月 ○日

氏名(本人または代理人) 菊間 太郎 印

様式2

(記入例)

日常生活動作・家族等の状況

介護老人福祉施設
特別養護老人ホーム 菊仙荘

氏名 菊間 菊次郎様

ご家族・ごきょうだい等の氏名				続柄	年齢	職業	住所	連絡先	
菊間 太郎				長男	68	農業	今治市菊間町種1番地の2	12-3456	
菊間 花代				妻	85	なし	〃	〃	
菊間 美子				長男妻	60	パート	〃	携帯090-1234-5678	
身体状況	運動障害 無・上肢(左)右・下肢(左・右)			ご家族構成(図) 男性は□、女性は○、 ご本人は□か、◎で表示。 同居の方は線で囲み、亡くなった方は黒く塗って下さい。					
	関節制限 無・肩・肘・手首・手指・股・膝・足首・足指								
	視力	普通・(不明)	眼鏡						有・(無)
	聴力	普通・少し聞こえにくい・かなり聞こえにくい・聞こえない							
	意思	話が(通じる・通じない)							
	疎通	伝えたいことを(伝えられる・伝えられない)							
	言語障害	(有)・無 身体手帳 (無)有(種 級)							
歯	自歯のみ・部分入歯・総入歯(なし)								
精神	対人関係	(普通)・拒否的・協調的							
	性格	朗らか(温厚)几帳面・わがまま・短気・頑固							
	認知症	無・(有)(軽度・中度・高度)							
周辺症状	無・(1)被害的(2)作話・幻視・幻聴(3)感情不安定(4)昼夜逆転(5)暴言暴行(6)同じ話を繰り返す(7)叫び声(8)介護抵抗(9)徘徊(10)一人で出たがる(11)一人で戻れない(12)収集癖(13)衣類等の破損(14)不潔行為(15)異食行為(16)性的迷惑行為(17)火の不始末(18)その他()	発生頻度	・ほぼ毎日() ・週に1~2回以上(4) ・月に1~2回以上() ・年に数回()						
	食事	摂取 自立・見守り・一部介助(全介助)・経管栄養() 嚥下 良好(見守り)・不可() 使用具 箸(スプーン)・自助具(吸飲み)・滑り止めマット() 主食 普通・軟飯・粥・おにぎり・ミキサー 副食 普通・軟食・極刻み・極々刻み・ミキサー 牛乳 (可)不可 アレルギー食品 なし 摂取時間 15分前後(30分前後)・1時間前後							
排泄	尿・便意	有・時々有・無(不明) 方法 (自尿・導尿・留置カテーテル) 場所 トイレ(昼・夜)ポータブル(昼・夜)尿器							
	オムツ使用	昼 無・紙パンツ・失禁パンツ・尿パッド・フラット・布オムツ() 夜 無・紙パンツ・失禁パンツ・尿パッド・フラット・布オムツ()							
	後始末	自立・一部介助・(全介助) ()							
入浴	形態	普通浴・座位浴・臥床浴 浴槽出入 自立・一部介助・全介助()							
	洗身	自立・見守り・一部介助・(全介助) (体を拭いている)							
着脱	上服	自立・一部介助(全介助)()			下服	自立・一部介助(全介助)()			
	整髪	自立・一部介助(全介助)()			口腔	自立・一部介助(全介助)()			
整容	洗顔	自立・一部介助・全介助()			爪切り	自立・一部介助(全介助)()			
	起居移動	寝返り つかまらず出来る・つかまれば出来る(自分で出来ない) 起き上がり つかまらず出来る・つかまれば出来る(自分で出来ない) 座位保持 支えがなくても座れる・自分の手で支えれば座れる(背もたれや肘掛が必要)座れない 立ち上がり つかまらず立ちあがれる・何かにつかまれば立ちあがれる(自分で立ち上がれない) 立位保持 支えなしで立てる・支えがあれば立てる(立てない) 移乗 一人で移れる・見守りが必要・一部介助(全介助) 移動手段 何も持たずに歩く・杖歩行・シルバーカー・歩行者・手引き歩行・車椅子(自操・一部介助・全介助)							

様式3

(記入例)

入所申込健康診断書

医療機関 住所

かかりつけの病院でお願いして下さい。
1週間ほどかかる場合があります。
費用負担がありますので病院でご確認下さい。

機関名

医師名

印

受診者	氏名	様		男・女	
	生年月日	明・大・昭	年 月 日	歳	
	住所				
身長	cm		体重	kg	
現在	病名	発症年月日	状態		
既往歴					
胸部X-P	所見				
ワ氏	十・一	HBs抗原	十・一 ()	HCV抗体	十・一 ()
精神障害	有・無	病名			
	認知症	重度・中度・軽度・正常			
	問題行動				
特記事項					