

特別養護老人ホーム アニス松岡

入居申込書

申込日 令和 年 月 日 (曜日) 受付担当者 _____

申込者	ふりがな 氏名 (続柄)	特記事項 (施設が記入)
	〒 住所 職業 ()	
	電話 (市外) 携帯電話	

入居を希望する人、その状況について ※ 該当するところは記入か○印、□にはレ印を付ける

ふりがな 氏名	男 女	保険者 保険者番号								
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 (才)	要介護度	1・2・3・4・5・未認定							
住所		認定の有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日							
生活	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らし <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らす <input type="checkbox"/> 他の施設 (老健・療養型・福祉施設・高齢者住宅) に入所中 (施設名) <input type="checkbox"/> 現在入院中 (病院名 時期 年 月から入院)									
介護	<input type="checkbox"/> 介護する人がいない <input type="checkbox"/> 介護する人が (高齢・虚弱・就労中・育児中・複数介護) で自宅では困難 <input type="checkbox"/> 介護する人の (身体的・精神的) 負担が大きくて自宅では困難 <input type="checkbox"/> 自宅で介護を始めた時期 (年 月頃から) <input type="checkbox"/> 現在、居宅サービスを利用して (いる・いない) <input type="checkbox"/> 認知症の程度 (日常生活自立度 I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M)									
医療	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 褥瘡 (床ずれ) <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> その他 () 現在治療中の病気など (主治医) (歯科医)									
申込みの希望	<input type="checkbox"/> 他の施設に申込み <input type="checkbox"/> この施設のみ申込み ・すでに申込み済 () () ・これから申込み () ()									

主に介護している人について ※ 介護している人と申込者が同じでもこの欄に再記入してください

氏名	続柄
同居別	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 同じ敷地にいる <input type="checkbox"/> 近くで別居 <input type="checkbox"/> 遠くで別居
意見など	介護で困っていること

入居を希望する人が要介護1又は2の場合には、特列入所の要件に該当する事由の有無について

特列入所の要件に該当する事由の有無	<input type="checkbox"/> 認知症であって、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られる。 <input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られる。 <input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待があり、心身の安全・安心の確保が困難である。 <input type="checkbox"/> 単身世帯である。同居家族が高齢又は病弱である等により、家族等による支援が期待できず、かつ、地域での介護サービスや生活支援が十分に受けられない。 <input type="checkbox"/> その他
該当する事由の具体的な内容	できるだけ詳しく記入してください

病 歴

--

家族状況（系図）

--

主介護者に「主」、副介護者に「副」、同居者を○で囲む
 本人…□◎
 男…□ 女…○
 死亡…■● 夫婦…＝

A D L 状 況

項 目	状 況	特 記 事 項
麻 痺	無・左上肢・右上肢・左下肢・右下肢・その他	
移 動	独歩・杖・シルバーカー・車椅子・リフト・歩行器	
食 事	自立・見守り・一部介助・全介助	
排泄 介助	自立・見守り・一部介助・全介助	
排泄 方法	トイレ・PMトイレ・トイレ・紙パンツ・尿とりパット	
入 浴	自立・見守り・一部介助・全介助	
着 脱	自立・見守り・一部介助・全介助	
聴 力	普通・やや難聴・大声で聞こえる・聞こえない・不明	
視 力	普通・ぼんやり・目の前で見える・見えない・不明	
話 の 理 解	可・時々可・不可	
夜間の様子	良眠・不眠・昼夜逆転・眠剤	

精神状況

認知症	無・有	時期	年前頃
原因 (診断名)			
症状	帰宅願望・徘徊・介護抵抗・大声・暴言暴行・被害妄想・幻覚幻聴・感情不安定 ・その他 ()		
備考			

収入の状況

年金の種類 () 年額 約 万円	その他の収入 () 年額 約 万円
-------------------	--------------------

同意欄	福井県又は市町村から求められた場合や報告する必要がある場合には、これを提出することに同意します。 令和 年 月 日 氏 名 ⑩
-----	---

※ 申込みの際は、被保険者証の（写し）、直近3ヶ月分のサービス利用票及び別表の（写し）を添付してください。

※ 申込み後に他の施設に入所する等して申込みの必要性が無くなった場合には、施設まで連絡してください。