介護老人福祉施設　青梅療育院　入所申込書

申込年月日　　令和　　年　　月　　日

申込代行者（連絡先）

住　所	〒	入所希望者との関係	
フリガナ		電話番号	
氏　名			

入所希望者（各項目に御記入と該当する箇所に☑をお願いします）

フリガナ		性　別	男　・　女
氏　名		介護度	1　2　3　4　5
生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日　（　　歳）		
現住所	〒 電話		
介護保険について	被保険者番号 □□□□□□□□□□ 有効期限	年　月　日	保険者（市区町村）
健康保険	種別→	年　金　等	種別→
障害手帳	□ 有　□ 無　　手帳の種類→		
現在利用しているサービスについて	（入所系サービス） □ 介護老人保健施設に入所している。　□ 介護療養型医療施設に入院している。 □ 病院に入院している。　□ 他の特別養護老人ホームに入所している。 □ グループホーム、有料老人ホーム、養護老人ホーム等に入所している。 施設名又は病院名→　　所在地→		
	（在宅サービス） □ 在宅サービスを利用している。　□ 在宅サービスを利用していない。 利用中の在宅サービスの種類→		
主たる介護者の状況について	□ 身寄りも介護者も全くいない □ 主たる介護者が遠方又は疾病があり長期入院中。 □ 主たる介護者が高齢者・障害者または疾病があり在宅療養中。 □ 主たる介護者が育児中または複数の被介護者である。 □ 主たる介護者が就業している。 □ 上記にあてはまらない。		
主たる介護者を手伝う方	□ 主たる介護者を手伝う方がいる。　□ 主たる介護者を手伝う方がいない		
住宅の状況	□ 立ち退きを求められている □ 住宅の構造上、介護するのに問題がある。（具体的に→ □ 住宅の構造上、介護するのに問題はない。		
申込理由			

（同意）
私は、貴施設に入所を希望します。入所申込に関する情報について、保険者や市町村から状況把握の為に提示を求められる事、及び貴施設の入所担当者または貴施設の指定する居宅介護支援事業所へ提供する事に同意致します。

令和　　年　　月　　日　　氏名

施設長	総務課長	相談員

介護老人福祉施設入所申込に伴う意見書（入所希望者の状況について）

身体の状況	食事摂取	□ 自立　□ 要見守り　□ 一部介助　□ 全部介助
	食事の種類	（主食）　□ 常食　□ 半粥　□ 全粥　□ ペースト　□ 胃ろう
		（副食）　□ 常食　□ 刻み　□ 極刻み　□ ペースト　□ 胃ろう
	排　泄	□ 自立　□ 要見守り　□ 一部介助　□ 全部介助 （オムツの使用）→ □ 昼夜　□ 夜のみ　□ 使用なし （尿意）→ □ ある　□ 時々ある　□ない　（便意）□ ある　□ 時々ある　□ ない
	入　浴	□ 自立　□ 一部介助　□ 全部介助
	更　衣	□ 自立　□ 見守り　□ 一部介助　□ 全部介助
	移　動	□ 自立　□ 見守り　□ 一部介助　□ 全部介助
	歩　行	□ つかまり歩行　□杖使用　□ 歩行器　□車椅子　□ 寝たきり
	視　力	□ 普通　□ やや悪い　□ 人の動きが分かる程度　□ ほとんど見えない　□ 全盲
	聴　力	□ 正常　□ 大きな声で聞こえる　□ 耳もとで大きな声で聞こえる　□ その他（
	※身体の状況について補足すべき事項がございましたら御記入下さい。	
認知症・精神の症状	□ 何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。 □ 日常生活に支障を来たす様な症状・行動や意思疎通の困難差が多少見られても、誰かが注意してれば自立できる。 □ 日常生活に支障を来たす様な症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。 □ 日常生活に支障をきたす様な症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。 □ 著しい精神状態や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	
	※徘徊など介護や見守りを要する認知症の症状や特記すべき事項がございましたら御記入下さい。	
医療について	医療的処置	□ 排尿カテーテル　□ ストマ（人工肛門）　□ 経管栄養（ 鼻腔・ 胃ろう ） □ 酸素療法　□インシュリン注射　□その他（　　）
	現在治療中の病気	病名　病名　病名
		病名　病名　病名
	既往歴	病名　病名　病名
		病名　病名　病名
	現在内服中のお薬	
その他	※その他の留意点がございましたら御記入下さい。	

記　入　者	事業所名等		職種		氏名	