



日常生活の状況	視力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 弱視	<input type="checkbox"/> 見えない (眼鏡使用 あり ・ なし )
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やや難聴	<input type="checkbox"/> 難聴 (補聴器使用 あり ・ なし )
	移動	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助 (車椅子・歩行器・杖 ) 使用
	食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助 (紙パンツ・紙オムツ) 使用
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	意思疎通	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 特別な場合を除いてできる	<input type="checkbox"/> 日常的に困難 <input type="checkbox"/> できない
	麻痺	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある ( 左上肢 ・ 右上肢 ・ 左下肢 ・ 右下肢 )	
	拘縮	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある ( 肩関節 ・ 股関節 ・ 膝関節 ・ その他 )	
認知症・行動障がい の状況	物を盗られたと被害的になることが	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある
	作話をして周囲に言いふらすことが	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある
	実際にはないものが見えたり聞こえることが	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある
	怒って感情が不安定になることが	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある
	夜間不眠あるいは昼夜逆転症状が	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある
	暴言・暴行・大声を上げることが	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある
	助言や介護に抵抗することが	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある
	目的なく歩き回る・家に帰ると落ち着かなくなることが	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある
	食べられないものを口に入れることが	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある
追加・補足事項				
医療	既往歴・現在治療中の疾患	(主治医 )		
介護状況等、本人に対して配慮が必要なことを具体的に記載してください。				
在宅サービスを利用している場合はサービス名と利用頻度を記載してください。				
説明確認 及び 情報収集 に係る 同意	主な説明事項 ①当施設は生活の場であって、医療を目的とするところではないこと ②入所は契約によって成立すること。③施設又は利用者から契約解除することがあること。 ④病気の場合は、病院での治療および入院もあり得ること。 ⑤当施設は医療、介護の終末介護態勢の諸条件を整えていること ⑥ 入所は入所調整会議によって決定されること。⑦知りえた情報は確実に保護されること。 ⑧ 介護等に関して不明な点は、ご遠慮なくお尋ね頂けること。			
	上記のことについて説明を受け、了承したので、貴施設に入所を申し込みます。 また入所申込に関しての情報提供について同意します。 <div style="text-align: right;">           申込人 _____         </div>			

# 社会福祉法人 悠々会

【記入例】

## 特別養護老人ホーム 入所申込書

申込日	年 月 日
受付日	年 月 日

申込者氏名	(ふりがな) ユウユウ ハナコ 悠々 花子	続柄	長女	
住所	〒 000-0000 山形県〇×市〇-△-◇			
電話	自宅	0237-〇〇-××△△	携帯電話	090-〇〇〇〇-××△△
勤務先	名称	(株)〇〇〇〇	電話番号	0237-□□-△△××

入所申込施設名	( <input checked="" type="checkbox"/> いずみ <input checked="" type="checkbox"/> しらいわ <input checked="" type="checkbox"/> さがえ )					
入所希望者の状況	本人氏名	(ふりがな) ユウユウ タロウ 悠々 太郎	性別	<input checked="" type="radio"/> 男 ・ 女		
	現住所	〒 000-0000 山形県×〇市△-□-×				
	電話	0237-〇〇-△△××	携帯電話	090-××××-〇〇△△		
	介護保険	被保険者番号	0000000777		保険者名	寒河江市
		要介護度	<input type="checkbox"/> 介護1 <input type="checkbox"/> 介護2 <input type="checkbox"/> 介護3 <input checked="" type="checkbox"/> 介護4 <input type="checkbox"/> 介護5 <input type="checkbox"/> 申請中			
		認定期間	R3年 〇月 ×日 ~ R4年 〇月 ×日			
	年金	(種別) 国民年金、厚生年金	支給年額	120万円		
	現在の暮らし	<input type="checkbox"/> 自宅にて一人暮らし <input type="checkbox"/> 自宅で高齢者のみの世帯 <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている				
		<input checked="" type="checkbox"/> 施設・病院に入所・入院中	施設名・病院名	〇×病院		
		担当相談員名	×谷〇夫	電話	0237-〇〇-××□□	
入所または入院時期		〇年 ×月から	退所・退院予定時期	〇年 △月頃		
入院の場合は入院となった理由をご記入ください		自宅で転倒し、右大腿骨頸部骨折となり手術をした				
家族状況	家族図	氏名	続柄	年齢	同・別	
		寒河江 一郎	長男	60	同居	
		寒河江 松子	長男妻	51	同居	
		寒河江 次郎	孫	21	別居	
		白岩 竹子	長女	55	別居	
※主介護者の氏名を○で囲ってください						

