社会福祉法人 悠々会 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	

申沪	<u></u>	(-3,	りがな)									続柄			
1	注 所	Ŧ	=												
Ē	電 話		自宅					护	構電話	舌					
100	勤務先		名称					齛	話番号						
入	所申込施設名	<u></u>	(いる	ずみ		Li]さが	え)	
	本人氏名		(ふりがた	な)						性別		男	•	女	
	717720	•							生	年月日			年	月	日
	現住所		〒												
	電話						护	帯電	話						
入			被保険者	番号							保险	食者名			
介護保険	人苯伊陀	·/□ //△	要介護原	芰		介護 1 [□介護	2 🗆]介護3	3 🗆	介護4	□介護	5]申請	中
	介護保険	7	認定期間	間		年	月		日 ~	_	年	月	E	3	
所			担当ケア	マネ					事業	所					
希	年金		(種別)							支給年	F額				
仰			□自宅にて	一人;	暮らし	, □自宅	で高齢	者のみ	りの世帯	# =	自宅で	家族と暮	らして	こいる	
望		Ī	□施設・病	院に	入所・	入院中	施	設名	・病院	名					
王	現在の	Ī	担当相談	員名					電	括					
者	幕らし	ľ	入所または	は入院	時期	年	三 月	から	退所	・退院	予定時	期	<u> </u>	年	月頃
11	春りし		入院の場	⊒ <i>△</i> /+	ᄀᆙᆖᆝ	- tr - t-						•			
の						ごさい									
٥٦			生田で	_ C pL	<i>/</i> (\ <i>/</i> ,										
状				家加				氏	名		続杯	j 年	輸	同・	• 別
1/\															
況															
)九 															
	家族状況	<u>.</u>													
							※主が	護者	の氏名を	を〇で	囲って	ください			

	視力	□ 普通 □ 弱視 □ 見えない (眼鏡使用 あり ・ なし)						
日	聴力	□ 普通 □ やや難聴 □ 難聴 (補聴器使用 あり ・ なし)						
常	移動	□ 自立 □ 一部介助 □ 全介助 (車椅子・歩行器・杖)使用						
生	食事	□ 自立 □ 一部介助 □ 全介助						
活	排泄	□ 自立 □ 一部介助 □ 全介助 (紙パンツ・紙オムツ)使用						
の	入浴	□ 自立 □ 一部介助 □ 全介助						
状	意思疎通	□ できる □ 特別な場合を除いてできる □ 日常的に困難 □ できない						
況	麻痺	□ ない □ ある (左上肢 ・ 右上肢 ・ 左下肢 ・ 右下肢)						
	拘縮	□ ない □ ある (肩関節 ・ 股関節 ・ 膝関節 ・ その他)						
認	物を盗られたと	被害的になることが □ ない □ 時々ある □ ある						
知	作話をして周囲	に言いふらすことが □ ない □ 時々ある □ ある						
症	実際にないもの	が見えたり聞こえることが □ ない □ 時々ある □ ある						
	怒って感情が不	安定になることが □ ない □ 時々ある □ ある						
行	夜間不眠あるい	は昼夜逆転症状が □ ない □ 時々ある □ ある						
動障	暴言・暴行・大	声を上げることが □ ない □ 時々ある □ ある						
が	助言や介護に抵	抗することが ロ ない ロ 時々ある ロ ある						
い	目的なく歩き回	る・家に帰ると落ち着かなくなることが □ ない □ 時々ある □ ある						
の	食べられないも	のを口に入れることが □ ない □ 時々ある □ ある						
状	追加・補足事	= TG						
況	追加 無足事							
医	既往歴・現在治	(主治医)						
療								
凉								
介護	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	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。							
	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入所は勢	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。						
説明	説明確認 (4病気のときは、病院での治療および入院もあり得ること。							
及	及び 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							
情報	情報収集 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。							
に信	系る 介護等に関	関して不明な点は、ご遠慮なくお尋ね頂けること。						
同	意 上記のこと	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。 申込人								

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		00-0000 県○×市○-△-◇			
電話	自宅	0237-○○-××△△	携帯電話	090-000	O-××△△
勤務先	名称	(株)〇〇〇〇	電話番号	0237-□□]- <u>\</u> \

入	所申込施設名	(🏹	いずみ	M Li	らいた)	√ 2	がえ)		
	本人氏名	(ふりがな)	ユウユウ			E別		男・	女		
			悠々	(思	生年	月日	S×	×年 □,	月 △日		
	現住所		00-0000								
		山形県×○市△-□-×									
	電話	0237-00	携帯電	話	090	- × × ×	< × - 0 0 2	\triangle			
入		被保険者番号	000	00000777		保	険者名) 寒	紧河江市		
	介護保険	要介護度	□介護1 □]介護 2 □]介護3	☑介護	4 □1	介護 5 □	自申請中		
所	刀侵怀厌	認定期間	R3年	○月	×日 ~	- R4年	F C)月 ×	日		
///		担当ケアマネ	ОЩД	子	事業原	沂	OOE	宇支援事	業所		
希	年金	(種別) 国民年	金、厚生年金		支	給年額	1 2 0	万円			
נוג	現在の	□自宅にて一人	暮らし □自宅で	で高齢者のみ	みの世帯	□自宅	で家族	と暮らして	ている		
望		ぜ施設・病院にん	施設名・病院名			〇×病院					
丰		担当相談員名	夫 電話			0237-○○-××□□					
者	暮らし	入所または入院	時期 ○年	×月から	退所・	退院予定	時期	○年	△月頃		
。 の	音りし	入院の場合は 理由をご記		自宅で転	倒し、右	古大腿骨頸	頁部骨折	ήとなり手	術をした		
415		家放	友 図	氏	:名	続	柄	年齢	同・別		
状				寒河江 -	-郎	長	男	60	同居		
	/		_ <	寒河江 松	公子	> 長男	妻	51	同居		
況				寒河江	マ郎 マロ		Ŕ	21	別居		
	家族状況			白岩 竹子	<u> </u>	長	女	55	別居		
	\										
		\bigcirc									
				※主介護者	の氏名を	○で囲って	てくださ	い			

	視力	凶 普通 □ 弱視 □ 見えない (眼鏡使用 あり ・ なし)						
日	聴力	□ 普通 □ かや難聴 □ 難聴 (補聴器使用 あり ・ なし)						
常	移動	□ 自立 □ 一部介助 □ 全介助 (事椅子・歩行器・杖) 使用						
生	食事	☑ 自立 □ 一部介助 □ 全介助						
活	排泄	□ 自立 □ 一部介助 □ 全介助 (紙パンツ・紙オムツ)使用						
の	入浴	□ 自立 □ 一部介助 □ 全介助						
状	意思疎通	□ できる ☑ 特別な場合を除いてできる □ 日常的に困難 □ できない						
況	麻痺	⊻ ない □ ある (左上肢 ・ 右上肢 ・ 左下肢 ・ 右下肢)						
	拘縮	□ ない 🗹 ある (肩関節 ・ 股関節 ・ 🕵関節 ・) その他)						
認	物を盗られたと	被害的になることが □ ない □ ✓ 時々ある □ ある						
知	作話をして周囲	こ言いふらすことが □ 時々ある □ ある						
症	実際にないもの	が見えたり聞こえることが □ ない □✔時々ある □ ある						
	怒って感情が不	安定になることが						
行	夜間不眠あるい	は昼夜逆転症状が □ 時々ある □ ある						
動障	暴言・暴行・大	声を上げることが						
が	助言や介護に抵	抗することが □ ・						
い	目的なく歩き回	る・家に帰ると落ち着かなくなることが □ ない □ 時々ある □ ある						
の	食べられないも	のを口に入れることが						
状況	追加・補足事	財布を盗られたと職員に訴えることが時々ある。また、夜になると誰かが来たと						
<i>//</i> L		いって家族に訴えることもある。						
医	 既往歴・現在治	(主治医 ○山△郎)						
療	の疾患	右大腿骨頸部骨折術後・高血圧症・アルツハイマー型認知症						
冰	97 /JC/ISI							
介護	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。							
		ても自宅で身の回りのことはできていたが、骨折を機に歩くことができなくなりました。今後自宅での介護						
生活は	生活は難しいので入所申込をしました。骨折後はイライラしている様子も見受けられます。							
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。						
ディ-	サービフ油2回	ショートステイ月に3泊程度						
) 1	ケーレス週3回、	フョートヘナイグに3四性反						
	主な説明事項							
	①当施設は	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。						
	説明確認 及び 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							
情報収集 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								
		して不明な点は、ご遠慮なくお尋ね頂けること。						
同	意上記のこと	: 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。						
		申込人						