

# 特別養護老人ホーム 悠う湯ホーム 優先入所申込書（その1）

申込日	平成	年	月	日
受付日	平成	年	月	日

**【申込者】**

(ふりがな) 氏名		本人との関係	
住所	〒		
電話番号	【自宅】	【携帯】	

特別養護老人ホーム 悠う湯ホーム  
 施設長 山中 章司 様

特別養護老人ホーム 悠う湯ホーム へ入所したいので、次の通り申込みます。

本人の状況	(ふりがな) 氏名		保険者 被保険者番号		
	性別	男 ・ 女	要介護度	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5	
	生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日 ( 歳 )	介護認定期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	
	住所	〒			
	担当介護支援専門員の有無	有	事業所名 連絡先(住所) 〒 ( - )	担当介護支援専門員名 電話 ( ) FAX ( )	無
	担当介護支援専門員への確認の同意	1 連絡を取り確認する事に同意します		2 同意出来ません	
	現在利用している在宅サービスの状況 (*2)	1. 訪問介護 ( ) 2. 訪問入浴介護 ( ) 3. 訪問看護 ( ) 4. 訪問リハビリテーション ( ) 5. 通所介護 ( )		6. 通所リハビリテーション ( ) 7. 短期入所生活介護 ( ) 8. 短期入所療養介護 ( ) 9. 福祉用具の貸与・購入費の支給 ( ) 10. その他 ( )	
	医療的処置の状況	【現在治療中の病気等】			
	優先入所を希望する理由 (*3)	1. 介護者がいないため ( ) 2. 介護者がいるが障害や疾病の状況にあり介護が困難なため ( ) 3. 介護者がいるが高齢等のため十分な介護が困難なため ( ) 4. 介護者がいるが就業しているため十分な介護が困難なため ( ) 5. 介護者がいるが育児又は家族が病気の状況にあり十分な介護が困難なため ( ) 6. 介護保険施設に入所しているが替わりたい ( ) 7. その他 ( )			

特別養護老人ホーム 悠う湯ホーム 優先入所申込書（その2）

介護者の状況	主たる介護者	(ふりがな) 氏名		性別	男・女	
		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 ( 歳)	本人との関係		
		同居の区分	1.同居 2.別居 ( )			
		介護期間				
		就労状況	有 ( 常勤・パート ) 無			
		育児の状況	有 ( 人 歳 ) 無			
		健康状況	良好 不良 ( )			
		家族の健康状況	良好 不良 ( )			
介護者の状況	従たる介護者	(ふりがな) 氏名		性別	男・女	
		同居の区分	1.同居 2.別居 ( )			
		介護の可能性	介護困難 ・ 多少介護可能 ・ 介護可能			
その他	優先入所を希望する時期	1. 今すぐ入所したい 2. 年 月頃までには入所したい				
	申込みの状況	1. 当概施設のみ申込み 2. 他の施設に申込んでいる  所在地：  施設名：  待機期間：				
説明 確認	<p>私は、優先入所申込みの際、入所決定の手続き及び入所の必要性を評価する基準等について施設から説明を受けました。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>氏 名 <span style="float:right">Ⓜ</span></p>					

- \* 1 認定調査票(写)、医師の意見書(写)、被保険者証(写)、サービス利用表(写)を添付してください。
- \* 2 現在利用している在宅サービス状況の ( ) 内には、その具体的内容を記入してください。
- \* 3 優先入所を希望する理由の ( ) 内には、その具体的理由を記入してください。

別紙 1

申込者氏名 続柄 ⑨ 記入日 平成 年 月 日

入所希望者	氏名		生年月日	M・T・S 年 月 日	年齢	
	住所		電話番号		要介護度	
ご家族の連絡先	氏名		生年月日		続柄	
	住所	〒				
	電話番号	【自宅】		【携帯】		
入所・入院している施設・病院名						
利用している在宅サービス						
<b>既往歴</b> できるだけ詳しくお書きください						
病名等(該当するものに○)		病院受診、入院等の既往歴		病院名		通院・手術等
心疾患・肺疾患・脳疾患 消化器系疾患・骨折等		昭・平 年 月頃				手術 有(病名 無)
心疾患・肺疾患・脳疾患 消化器系疾患・骨折等		昭・平 年 月頃				手術 有(病名 無)
心疾患・肺疾患・脳疾患 消化器系疾患・骨折等		昭・平 年 月頃				手術 有(病名 無)
心疾患・肺疾患・脳疾患 消化器系疾患・骨折等		昭・平 年 月頃				手術 有(病名 無)
その他 ( )		昭・平 年 月頃				手術 有(病名 無)
現在の主な病気 (複数記載可)						
現在行っている治療						
障害を持つきっかけとなった病気						
かかりつけの病院名					医師名	
<b>現在の状態</b>						
食事	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助					
	主食	ご飯 ・ お粥 ・ ミキサー				
	副食	普通 ・ 刻み ・ 一口刻み ・ ミキサー ・ 減塩食				
	用具	箸 ・ スプーン ・ フォーク ・ エプロン ・ その他 ( )				
トイレ	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助					
	普通の トイレ	ポータブル トイレ	失禁 パンツ	紙パンツ	尿取り パット	紙オムツ 布オムツ バルーン ストーマ
移動	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助					
	歩行 ・ 杖 ・ 四点杖 ・ 歩行器 ・ 車椅子					
移乗	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助					
入浴	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助					
	一般浴槽 ・ 特殊浴槽 ・ リフト浴					
更衣	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助			視力	普通 ・ 弱視 ・ 全盲	
聴力	普通 ・ やや難聴 ・ 難聴 ・ 聾			会話	普通 ・ やや不自由 ・ 不自由	
認知症	正常 ・ 軽度 ・ 中度 ・ 重度					
不適応行動	なし ・ 少しあり ・ やや多い ・ 非常に多い					
認知症等による不適応行動の具体的内容						

身体で麻痺や拘縮（関節が曲がったまま硬くなっている状態）、筋力低下などがある部位								
右	肩	腕	肘	膝	足			
左	肩	腕	肘	膝	足			
		首 ・ 腰 ・ 股 ・ その他（ ）						
食事の好き嫌い	乳製品	好き	普通	嫌い	肉類	好き	普通	嫌い
	魚類	好き	普通	嫌い	麺類	好き	普通	嫌い
	パン	好き	普通	嫌い	納豆	好き	普通	嫌い
食べ物のアレルギー	無し ・ 有り（ ）							
食事の量	主食	多い	普通	少ない	副食	多い	普通	少ない

ご本人の生活歴など				
生まれた土地	都・道・府・県		市・区・町・村	
主に育った土地	都・道・府・県		市・区・町・村	
主な仕事			結婚した年齢	歳
ご 家 族				
	続柄	氏 名	年 齢	住 所
配偶者				
子供1				
子供2				
子供3				
子供4				
子供5				
その他				
その他				
ご本人の状態、様子、また同居のご家族について、また特別養護老人ホームへの入所を希望する（在宅で介護できない）理由を自由にご記入ください。				
-----				
-----				
-----				
-----				
-----				
-----				
-----				
-----				
-----				
入所後の生活希望	ご本人の希望	-----		
	ご家族の希望	-----		

**用語の説明**

- \*自立→全て自分でできる。 一部介助→多少介助が必要。 全介助→全てを介護者が行う。
- \*バルーン→膀胱に管が入っていて、尿をバックに溜められるようになっている。
- \*ストーマ→人工肛門。腹部に開けた穴から便を外に出して、バックに溜める。
- \*一般浴槽→普通の浴槽。 特殊浴槽→寝たきりの方が横になった状態のまま入浴できる浴槽。
- \*リフト浴→車椅子のまま入浴したり、主に座った状態で入浴する。
- \*移乗→車椅子からベッドやトイレの便座などへの乗り移り、またその逆の行為。