

介護老人福祉施設入所申込書

平成 年 月 日

草花苑施設長 殿

入所希望者（本人）

該当するところに記入・☑印を付けてください。

フリガナ		性別	生年月日		
氏名		1. 男 2. 女	明治・大正・昭和	年	月 日生 ( 歳)
住所	〒 _____				
電話	( )				
保険者		保険者番号			
被保険者番号		要介護度	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5		
介護認定の有効期間	平成 年 月 日		～	平成 年 月 日	
現在の居住先	1. 自宅 2. 病院 ( 病院名 ) 3. 介護老人保健施設 ( 施設名 ) 4. 介護療養型医療施設 ( 施設名 ) 5. その他 ( 具体的に )				

申込代理者・連絡先（申込みがご本人でない場合は、下の欄にご記入ください。）

フリガナ		入所希望者 との続柄	
氏名			
住所	〒 _____		
電話	自宅 ( ) 勤務先 ( )	携帯 ( )	昼間、連絡がとれる所をご記入ください

住宅・介護者の状況

住宅の状況	住宅が無い又は立ち退きを求められている。 住宅に介護上問題がある ( )
介護の状況	身寄り、介護者がいない 主たる介護者が遠方で介護できない。 主たる介護者が高齢等で介護がままならない。 主たる介護者が育児又は複数介護している。 主たる介護者が就業しており介護がままならない。 その他 ( )

担当介護支援専門員

事業所名		氏名		電話	( )
------	--	----	--	----	-----

入 所 希 望 者 の 状 況	身 長	c m
	体 重	kg
	障 害	身体障害者手帳（ 無 有 ） 種 級 障害名 _____
	歩 行	自立 杖又は歩行器使用 つかまり歩行 介助歩行 車椅子使用
	排 泄	自立 一部介助 全介助 （おむつの使用） 無 夜のみ 有
	食 事	自立 見守り 一部介助 全介助
	入 浴	自立 一部介助 全介助
	着脱衣	自立 一部介助 全介助
	視 力	普通 見えにくい 見えない
	聴 力	普通 聴こえにくい 聴こえない
	意志の伝達	普通 簡単な会話なら可 その場その場の受け答えは可 会話はほとんど成り立たない
	床ずれ	無 有（箇所 _____）
	問題行動	徘徊があり、目を離すと何処かへ行って迷子になってしまう 暴言や暴力的な行動がある 自傷行為がある 奇声や大声をあげる 排泄物をさわってしまう等の不潔行為がある 食べ物以外の物を口の中に入れてしまう 被害妄想がある 夜間不眠や昼夜の逆転がある 介護に対し拒否的である
	医療に関する状況	経管栄養 胃ろう 在宅酸素療法 インシュリン注射 人工透析 人工肛門 バルーンカテーテル 現在治療中の病気（ _____）
感染症	無 有（ _____）	
入所希望者の意向	本人が入所を希望している 本人は在宅での生活を希望している 本人の意向は確認していない又は確認できない その他（ _____）	

その他介護者の状況、ご本人の状況等でお気づきの点がありましたらご記入ください。