介護老人福祉施設入所申込書

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　年　月　日 昭和　（　歳）
住所	〒		
電話	自宅　（　）		携帯　（　）
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	年　月　日　～　年　月　日		
認知症日常生活自立度	☐Ⅰ　☐Ⅱ　☐Ⅱa　☐Ⅱb　☐Ⅲ　☐Ⅲa　☐Ⅲb　☐Ⅳ　☐M		
現在の居場所	☐ 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（申込みが本人でない場合は、下の欄にご記入ください）

フリガナ		続柄	生年月日
氏名			明治 ・ 大正 ・ 昭和 ・ 平成 年　月　日（　歳）
住所	〒		
電話	自宅　（　） 勤務先　（　）	携帯　（　） ※昼間連絡が取れるところをご記入ください	

住宅・介護者の状況

住宅の状況	☐ 住宅がない又は立ち退きを求められている ☐ 住宅が介護上、問題がある（　）
介護者等の状況	☐ 身寄り、介護者が居ない ☐ 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（　）

担当ケアマネジャー

事業所名		氏名		電話	（　）

草花苑

入所希望者の状況		
	身長・体重	cm / kg
	障がい	身体障がい者手帳 （ □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 □ 見守り □ 介助歩行 □ 車いす使用
	排泄	□ 自立 □ 見守り □ 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 □ 経口不可 主食（ □常食 ・ □全粥 ） 副食（ □常食 ・ □刻み食 ・ □ミキサー食 ）
	入浴	□ 自立 □ 見守り □ 一部介助 □ 全介助 □ 一般浴 □ 介助浴（チェア） □ 介助浴（ストレッチャー）
	着脱衣	□ 自立 □ 見守り □ 一部介助 □ 全介助
	視力	□ 普通 □ 見えにくい □ 見えない（ □右 ・ □左 ）
	聴力	□ 普通 □ 聴こえにくい □ 聴こえない（ □右 ・ □左 ）
	コミュニケーション	□ 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 □ 食べ物以外のもの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 □ 介護に対して拒否的である
	主な病名と時期	・ （ 年 月） ・ （ 年 月） ・ （ 年 月） ・ （ 年 月） ・ （ 年 月） ・ （ 年 月）
	医療の状況	□ 胃ろう □ 経鼻経管栄養 □ インスリン □ 尿道カテーテル □ 喀痰吸引 □ 在宅酸素療法 □ 人工透析 □ ストマ □ 疼痛ケア □ ペースメーカー □ その他（ ）
	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、ご本人の状況等でありましたらご記入ください）

・新型コロナワクチン接種歴… 回 最終… 年 月 日