

記入例

特別養護老人ホーム 寿荘 入所申込書

申込日：令和 〇〇年 〇月 〇日

申請者	ふりがな	ことぶき たろう	続柄	夫
	氏名	寿 太郎		
	住所	〒 403 - 〇〇〇〇 山梨県富士吉田市下吉田 〇 - 〇 - 〇〇		
	連絡先	自宅 0555 - 〇〇 - 〇〇〇〇	携帯 090 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇	

入所希望者の状況	ふりがな	ことぶき はなこ		生年月日	明・大・ <u>昭</u>
	氏名	寿 花子		〇年 〇月 〇日	男・ <u>女</u>
	住所	〒 同 上		連絡先	090 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇
	介護認定	要介護 1・2・3・ <u>4</u> ・5	有効期限	令和 〇年 〇月 〇日 ~ 令和 〇年 〇月 〇日	
	保険者	富士吉田市	担当 介護支援専門員 事業所名	寿荘 〇〇 〇〇	
	食事	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☒ 全介助 常食・お粥・刻み食・ミキサー食・経管栄養・その他 ()			
	排泄	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☒ 全介助 ☐ トイレ ☐ 紙おむつ ☐ その他 ()			
	更衣	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☒ 全介助			
	入浴	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ 一般浴 ☐ 機械浴 ☒ その他(シャワーのみ)			
	整容	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☒ 全介助			
	移動	☐ 歩行可(自立・杖・歩行器・その他) ☒ 車椅子(自力・ <u>介助</u>)			
	会話	意思疎通 ☐ 可 ☒ 一部可 ☐ 不可		言語障害	☐ 有 ☒ 無
	視力	☐ 普通 ☐ なんとか見える ☒ 見えない		眼鏡の使用	☒ 有 ☐ 無
	聴力	☐ 普通 ☐ 大きい声なら聞こえる ☒ 聞こえない		補聴器の使用	☒ 有 ☐ 無
	認知症状	☐ なし ☒ あり 症状(<u>物忘れ</u> ・幻覚・妄想 <u>徘徊</u> ・昼夜逆転・不穏・暴言・暴力・介護拒否)			
	医療の状況	☐ 経管栄養 ☐ 胃瘻 ☐ 酸素療法(シーパップ含む) ☐ インシュリン ☐ 透析 ☐ 吸引 ☐ 留置カテーテル ☐ 中心静脈 ☒ 服薬治療 ☐ 特になし 現在治療中の病名【 高血圧 】			

* 寿莊記入欄

受付日：令和 年 月 日 受付対応者：	相談員印
---	------

該当する番号に○ または記入をお願いします。

・入所希望者 本人の状況 1. 一人暮らし 2. 高齢者【65歳以上】のみの世帯 3. 同居家族がいる ④. デイサービスの利用 (☒ 無 ☐ 有 寿荘) ⑤. ショートステイの利用 (☐ 無 ☒ 有 ○○) ⑥. その他のサービスの利用 介護ヘルパー・訪問入浴 など	
・入院または入所中の方は病院名、施設名を下記にご記入ください。 病院・施設名 [○○病院] 入院・入所日 令和○年 ○月 ○日	
・入所希望の理由（複数回答可） 1. 主たる介護者である家族がいない ②. 主たる介護者である家族はいるが (☒ 高齢 ☐ 障害 ☒ 病気 ☐ 就労 ☐ 育児 ☐ 他介護) により十分な介護ができない 3. 介護者が身体的・精神的負担が大きく十分な介護ができない 4. 居住環境の事情により十分な介護が困難なため 5. その他【	
〔病歴〕 かかりつけ医 ○○○医院 平成 10 年 脳梗塞 左片麻痺 平成 13 年 高血圧 令和 5 年 胃がん	〔家族構成〕 夫婦 2 人暮らし 子供 1 人は市内 子供 1 人は県外 夫 ——— 本人 └───┘ 長女 (県外) 長男 (市内)
入所希望者の受給年金の種類 ☐ 国民年金 ☒ 厚生年金 ☐ 共済年金 ☐ 遺族年金 ☐ 企業年金 ☐ その他	

【個人情報 同意書】

特別養護老人ホームへの入所が円滑に行われるよう支援するため、入所申込みに必要な範囲に限り
保険者（市町村）他及び入所申込み者が契約している居宅介護支援事業所に申込み内容に関する
情報提供を得ることに同意します。

令和 〇年 〇月 〇日 氏名 寿 太郎

0. 現在、入所を希望されていますか？

- ☐ 今すぐ入所を希望している ☐ 半年以内に入所を検討している
- ☐ 将来的に検討したい ☐ 現時点では希望していない