

社会福祉法人 三愛 特別養護老人ホーム 市川三愛 入居申込書

申込受付日 令和 年 月 日

申込者（連絡先）

氏名		緊急基準（ここは施設側の記入となります）
住所	〒	
連絡先①		
連絡先②		

特別養護老人ホームに入居したいので次のとおり申し込みます。

申し込み先	特別養護老人ホーム 市川三愛		保 険 者	
(フリカナ) 氏名		性別	被保険者番号	
		男・女		
生年月日	M・T・S 年 月 日 ( ) 歳	要介護 認定期間	H R 年 月 日 から H R 年 月 日 まで	
要介護度	要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5			
現住所 (住民登録地)	〒			
負担割合	1割 ・ 2割 ・ 3割	負担段階	1段階 ・ 2段階 ・ 3段階 ・ 4段階	

家族構成	氏名	続柄	年齢	住所等
主たる介護者				
同居家族				
同居以外の家族				

同意事項

※本入居申込書・入居申立書の内容を市川市へ提供することに同意します。

※本入居申込書の調査に関し、関係病院、担当介護支援専門員に確認することに同意します。

注意事項

※本人及び介護者の状況に変動があった場合は、当施設への連絡が必要です。

※この申込書に記入された内容については、入居判定以外の目的には使用しませんのでご安心下さい。

氏名

印

入居希望者及び家族の状況について

自宅で一人で暮らしている

自宅で家族と暮らしている

高齢者（70歳）のみの世帯

老人保健施設などの施設や病院に入所・入院している

入所先（ ） 入所日（平成 年 月 日）

入院先（ ） 入院日（平成 年 月 日）

病院や他施設等から退院・退所を求められているが在宅での介護が困難

複数の高齢者（障害児者）等を在宅で介護している

主たる介護者が生計中心者として就労している場合で、他に介護するものがない

主たる介護者が病弱で介護に支障をきたす

主たる介護者が育児、または就労（パート等）している

その他（ ）

申込み状況について

当該施設のみ申込み

他の施設も申込んでいる

現状お困りのこと等について

（

本人の状況 申立書

入居希望者の身体状況等（担当の介護支援専門員に相談し、ご記入ください）

<p>身体状況</p>	<p>歩行： <input type="checkbox"/>自立 <input type="checkbox"/>杖歩行 <input type="checkbox"/>介助歩行 <input type="checkbox"/>車椅子 <input type="checkbox"/>歩行不可                  排泄： <input type="checkbox"/>自立 <input type="checkbox"/>介助で可 <input type="checkbox"/>誘導必要 <input type="checkbox"/>ポータブル使用 <input type="checkbox"/>おむつ使用                  食事： <input type="checkbox"/>自立 <input type="checkbox"/>見守り必要 <input type="checkbox"/>誘導必要 <input type="checkbox"/>全介助                  入浴： <input type="checkbox"/>自立 <input type="checkbox"/>見守り必要 <input type="checkbox"/>一部介助 <input type="checkbox"/>清拭のみ <input type="checkbox"/>全介助</p>
<p>その他身体状況</p>	<p>視力： <input type="checkbox"/>普通 <input type="checkbox"/>弱視 <input type="checkbox"/>全盲                  聴力： <input type="checkbox"/>普通 <input type="checkbox"/>やや難聴 <input type="checkbox"/>難聴                  言語： <input type="checkbox"/>普通 <input type="checkbox"/>障害有り                  麻痺： <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無 具体的に（ ）</p>
<p>認知症高齢者の日常生活自立度判定基準及び精神状態</p>	<p>認知症の症状： <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり                  ありの場合： <input type="checkbox"/>Ⅰ <input type="checkbox"/>Ⅱa <input type="checkbox"/>Ⅱb <input type="checkbox"/>Ⅲa <input type="checkbox"/>Ⅲb <input type="checkbox"/>Ⅳ <input type="checkbox"/>Ⅴ                  精神状態： <input type="checkbox"/>幻覚 <input type="checkbox"/>妄想 <input type="checkbox"/>せん妄 <input type="checkbox"/>睡眠障害 <input type="checkbox"/>心気症状 <input type="checkbox"/>不安 <input type="checkbox"/>焦燥  <input type="checkbox"/>抑うつ<input type="checkbox"/>興奮                  問題行動： <input type="checkbox"/>物を口に入れる <input type="checkbox"/>物を拾い集める <input type="checkbox"/>徘徊 <input type="checkbox"/>失禁  <input type="checkbox"/>大声・奇声をあげる <input type="checkbox"/>火の扱い <input type="checkbox"/>自傷行為 <input type="checkbox"/>不潔行為  <input type="checkbox"/>性的異常行為 <input type="checkbox"/>攻撃的行為 <input type="checkbox"/>不穏興奮</p>
<p>経済状況</p>	<p><input type="checkbox"/>年金 国民・厚生・共済・遺族・恩給・障害（1か月 円）  <input type="checkbox"/>生活保護</p>
<p>医療の状況</p>	<p>現病名：                  現在の治療・内服：                  病歴：                  かかりつけ医： 病院名： 担当医：  <input type="checkbox"/>経管栄養 <input type="checkbox"/>胃ろう <input type="checkbox"/>在宅酸素 <input type="checkbox"/>インシュリン注射  <input type="checkbox"/>その他（ ）                  特記事項</p>
<p>担当 介護支援専門員</p>	<p>事業者名： 担当者名：                  電話番号：                  特記事項：</p>