

記入例

福井県特別養護老人ホーム入所申込書

申込日 平成 年 月 日 (曜日)

受付担当者

申込者	ふりがな 氏 名	○山 □男
	住 所	〒○○□-○△□○ 福井市○○町 ○○-○○
	電 話	○○○-○○○○-○○○○

特記事項(施設が記入)

入所を希望する人、その状況について

※該当するところは記入か○印、□にはレ印を付けてください

ふりがな 氏 名	○山 ○子	男 (女)	保 険 者	福井市	
生年月日	明・大・昭 ○年○月○日 ○○歳	要介護度	1・2・3・(4)・5・未認定	被保険者番号	
住 所	〒○○□-○△□○ 福井市○○町 ○○-○○				
生 活	☐ 自宅で1人暮らし ☐ 自宅で家族と暮らす ☒ 他の施設(老健・療養型・福祉施設・高齢者住宅)に入所中(施設名 △ ○ 苑) ☐ 現在入院中(病院名 時期 平成 年 月から入院)				
介 護	☐ 介護する人がいない ☐ 介護する人が(高齢・虚弱・就労中・育児中・複数介護・介護放棄)で自宅では困難 ☒ 介護する人の(身体的 精神的)負担が大きくて自宅では困難 ☐ 自宅で介護を始めた時期(平成 年 月頃から) ☐ 現在、居宅サービスを利用して(いる・いない) ☐ 認知症の程度(日常生活自立度 I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M)				
医 療	☐ 経管栄養 ☒ 胃ろう ☐ 透析 ☐ インスリン注射 ☐ 褥瘡(床ずれ) ☐ 在宅酸素 ☐ その他() 現在治療中の病気など(主治医)(歯科医) 当てはまる項目にチェックをしてください。				
申込み 希 望	☐ この施設のみ申込む ☒ 他の施設にも申込む ・すでに申込み済施設(○ △ 園)() ・これから申込む施設()()				

主に介護している人について

※介護している人と申込者が同じでもこの欄に再記入してください

氏 名	○山 □男	続 柄	長男
同居別	☒ 同居している ☐ 同じ敷地にいる ☐ 近くで別居 ☐ 遠くで別居		
意見など	介護で困っていること 例) 徘徊があり、家から出ていこうとする行為が週に3回程度見られる。		

※ 裏面にも記入してください。

入所を希望する人が要介護1又は2の場合には、特例入所の要件に該当する事由の有無について

特例入所の要件に該当する事由の有無 ☐ 有 ☐ 無	☐ 認知症であって、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られる ☐ 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られる ☐ 家族等による深刻な虐待があり、心身の安全・安心の確保が困難である ☐ 単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である等により家族等による支援が期待できず、かつ、地域での介護サービスや生活支援が十分に受けられない
該当する事由の具体的な内容	できるだけ詳しく記入してください 特に介護において困難なことがあれば記入して下さい

※すべての申込者が記入してください

同意欄	福井県又は市町村から求められた場合や福井県又は市町村に報告する必要がある場合には、これを提出することに同意します。 平成 年 月 日 氏 名 ○山 口男 印
-----	--

※ 申込みの際には、被保険者証の(写し)、直近3か月分のサービス利用票及び別表の(写し)を添付してください。
 ※ 申込み後に他の施設に入所するなどして申込みの必要性がなくなった場合には、施設まで連絡してください。

特別養護老人ホーム愛寿苑 入所申込み時調査書

◇ 申込者（連絡先）※今後、郵送物等はこの連絡先にお送りさせていただきます。

受付者：

申 込 者	ふりがな		続柄	長男
	氏 名	○山 □男		
	住 所	〒○○□-○△□○ 福井市○○町 ○○-○○		
	電 話	自宅：(○○○○) ○○ -○○○○ 携帯：○○○-○○○○-○○○○		

備考

記入例

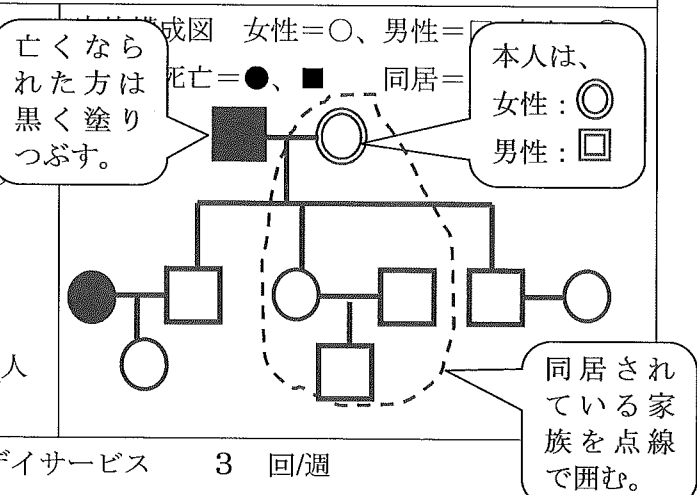
◇ 入所希望者の状況

ふりがな		性別	保険者	福井市 ・ その他（ ）
氏 名	○山 ○子	女	被保険者 番号	
生年月日	明・大・昭 ○年○月○日 ○○歳	要介 護度	要支援 1・2	要介護 1・2・3・ 4 5
現住所	〒○○□-○△□○ 福井市○○町 ○○-○○			
生活 状況	年金 ○○ 万円／月 ・ 生活保護 ・ その他（ ）			
	成年後見制度 ・ 日常生活自立支援事業 ・ その他（ ）			
身体障害者手帳 (無 ・ 有)	手帳の種類（ ） 1 級（ ）			

現在の状況を記載
して下さい。

家族
構成

☐一人暮らし
☐近くに家族・親戚がいる
☐遠方に家族がいる
☐ご夫婦のみ（相手の方のご年齢
☐近くに家族・親戚がいる
☐遠方に家族がいる
☒ご夫婦以外に同居の方がいる
※ 本人を含め、同居の方全員の人数 4 人
☐同居の方で病氣療養中や障害者がいる



在宅サービスについて

現在、使っている在宅サービス（デイサービス 3 回/週
ショートステイ 3 日/月、 ）、訪問介護 3 回/週
その他（ ）

現在の療養場所について

※自宅にいる方は未記入

☐病院 ☐介護老人福祉施設 ☒介護老人保健施設
☐介護療養型医療施設 ☐養護老人ホーム ☐軽費老人ホーム
☐ケアハウス ☐有料老人ホーム ☐グループホーム
☐その他（ ）

記載時の居場所を
記載して下さい。

施設の名称 △ ○ 苑

施設入所・入院開始日 ○ 年 △ 月 □ 日頃

A D L 身 体 状 況	食事摂取	自立 ・ 見守り ・ できない	現在の状況を記載 して下さい。
	食事形態	普通 ・ きざみ ・ 極きざみ ・ ミキサー ・ その他 ()	
	嗜好品	喫煙 ・ 飲酒 ・ その他 ()	
	嚥下	できる ・ 見守り ・ できない (スプーン ・ 箸)	
	排泄	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助 (おむつ ・ 紙パンツ ・ ポータブル)	
	入浴	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助	
	洗身	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ 行っていない	
	清潔・整容	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助	
	移乗	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助	
	歩行	自立 ・ つかまればできる ・ できない (杖 ・ 歩行器 ・ 車椅子)	
	寝返り	できる ・ つかまればできる ・ できない	
	起き上がり	できる ・ つかまればできる ・ できない	
	座位保持	できる ・ 自分の手でできる ・ 支えが必要 ・ できない	
	立位保持	できる ・ 支えがあればできる ・ できない	
	片足立位保持	できる ・ 支えがあればできる ・ できない	
	立ち上がり	できる ・ つかまればできる ・ できない	
	視力	普通 ・ 目の前が見える ・ ほとんど見えない ・ 判断不能 ()	
聴力	普通 ・ かなり大きな声で ・ ほとんど聞こえない ・ 判断不能 ()		
意思の伝達	できる ・ ときどきできる ・ ほとんどできない ・ できない ()		
指示への反応	ある ・ ときどき通じる ・ なし		

認知症について	認知症が ☒ ある ☐ ない 認知症の程度 ☐ 物忘れ（軽度） ☒ 物忘れ（重度） ☐ 不潔行為 ☐ 暴力行為 ☐ 徘徊 ☐ 異食 ☐ 大声や奇声 ☐ その他（ ）
医療について	☐ 経管栄養（経鼻） ☐ 胃ろう ☐ 透析 ☒ インスリン注射 ☐ 褥瘡（床ずれ） ☐ 在宅酸素 ☐ その他（ ） ☐ その他に医療器具を使ったり、医療的な管理が必要 （具体的に ） 現在治療中の病気が ☒ ある ☐ ない （具体的な病名 高血圧 ） 上記以外に過去に治療を行っていた病気が ☒ ある ☐ ない （具体的な病名 誤嚥性肺炎 ）

わかる範囲で記載して下さい。

◇介護者等の状況

主に介護されている方の状況を記入して下さい。	ふりがな		性別	本人との関係	長男
	氏 名	○山 □男	男		
	職業	☒ 会社員（会社名： 株式会社 ○○ 職種： 事務職 ） ☐ 自営業 ☐ その他（ ）			
	同居の区分	☒ 同居 ☐ 別居（□車で5分以内の距離、□車で5分以上の距離、□県外 ）			
その他の介護者の有無	☒ 主たる介護者以外に必要時に協力者有り ☐ 介護者は一人のみ ☐ 介護者はいない ☐ その他（ ）				
介護者の健康	☒ 健康である ☐ 健康に不安を抱えている ☐ 介護者自身が要介護者である（介護者はいないを含む） ☐ その他（ ）				
介護可能時間	☒ 十分に介護に当たる時間あり ☐ 一部不在になる時間あり ☐ ほとんど時間が取れない（介護者はいない場合を含む） ☐ その他（ ）				
要介護者との関係	☒ 良好 ☐ 介護は行っているが疲労感強い ☐ ほとんどかかわっていない、最低限の関わりのみ（介護者はいない場合を含む） ☐ その他（ ）				
介護をしている上で困っていること等	例）徘徊があり、家から出ていこうとする行為が週に3回程度見られる。				

◇入所に関する事前

当てはまる項目にチェックをしてください。

入所の希望時期について	ベッドが空いた際に、申込者が直ぐに入所可能な状態の場合、すぐに入所を希望されますか？	☒ ベッドが空き次第入所したい ☐ 入所に関しては家族と相談の上検討したい。 ☐ すぐに入所を希望しない ☐ その他（ ）
受診について	入所後に医療機関への受診が必要となった際には、当施設の協力医療機関以外は家族の受診協力が必要となります。	☒ 受診に協力できる ☐ 受診に協力できない ☐ その他（ ）
事故発生のリスクについて	高齢者になると骨粗鬆症や筋力低下等により、通常では骨折しない様な状況でも、骨折しやすくなります。また、認知症がある利用者は予測できない行動により、転倒など思わぬ事故が発生しやすくなります。	☐ 転倒などの事故は絶対に起こさないでほしい。 ☒ 転倒などはなるべく起きてほしくないが、通常の介護の中で転倒等は起きやすく、また、高齢になると骨粗鬆症等により骨折しやすい事は理解している。 ☐ その他（ ）
延命治療について	医師から延命治療の選択を聞かれた場合、延命治療を希望されますか？	☐ 延命治療を希望する。 ☒ 延命治療は希望しない。 ☐ 検討してから決めたい。 ☐ その他（ ）
看とりについて	当施設においては、家族が希望される場合には看取りを行っています。	☒ 施設での看取りを希望する。 ☐ 施設での看取りは希望しない。 ☐ 検討してから決めたい。 ☐ その他（ ）