

No. _____

受付日	： 令和	年	月	日
担当者	：			

特別養護老人ホーム光の園 入居申込書

特別養護老人ホーム光の園に以下の通り入居を申し込みます。

なお、入居希望者の状況を把握するため、本申込書に記載された医療機関、介護サービス事業者、及び市町村に対し、必要な情報を入手することについて同意します。

入居申込施設		特別養護老人ホーム光の園		
申請者 (連絡先)	〒	住所	氏名	
			電話	()
			携帯	()

入 所 希 望 者 の 状 況	ふりがな		性別		保 險 者	
	氏名		男・女	保	被 保 険 者 番 号	
	生年月日	明・大・昭 年 月 日(歳)	情	要介護状態区分等	要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5)	
	現住所	〒	報	認定有効期限	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	
				公費負担の有無	無・有 [原爆・生活保護]	
	状況	<input type="checkbox"/> 自宅にて一人で暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅にて家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 居宅サービスを利用している ※利用限度額に対する利用の割合にチェックしてください <input type="checkbox"/> 2割以上 <input type="checkbox"/> 5割以上 <input type="checkbox"/> 8割以上 <input type="checkbox"/> 特養などの施設や病院に入っている (入所、入院中の方は下記にご記入ください) ※施設種別・施設名または病院名： ※所在地： ※入所又は入院時期： 年 月頃から				
	入居希望の理由 (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 介護者がいないため <input type="checkbox"/> 介護者が「高齢」「障害」「病気」等により十分な介護ができない <input type="checkbox"/> 介護者の就労により、十分な介護ができない <input type="checkbox"/> 介護者の身体的、精神的負担が大きく、十分な介護ができない <input type="checkbox"/> 居住・衛生環境の事情により、十分な介護ができない ※居住環境の状況について <input type="checkbox"/> 本人専用の居住スペースがある <input type="checkbox"/> スペースがない ※衛生環境の状況について <input type="checkbox"/> 常に掃除ができないなど衛生上の問題がある <input type="checkbox"/> 問題がない <input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所、退院を迫られているが、自宅での介護ができない <input type="checkbox"/> その他 ()				
	特養申請状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のための申請 <input type="checkbox"/> 他の施設にも申請している				
	入居希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入居したい <input type="checkbox"/> 令和 年 月頃(まで、以降)に入居したい				
	健康状態	主な病気 () かかりつけ医療機関 ()				
医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> じょく瘡(床ずれ) <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工膀胱 <input type="checkbox"/> その他 ()					
主介護者	氏名		本人との関係			
	住所		連絡先			
他の介護者	氏名		本人との関係			
	住所		連絡先			
備考	担当ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> いる ※事業所名 () 名前 () <input type="checkbox"/> いない				

入居希望者の 身の 状態	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 全盲 眼鏡使用： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	麻痺	<input type="checkbox"/> 有（左・右・両 上肢／左・右・両 下肢） <input type="checkbox"/> 無
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや難聴 <input type="checkbox"/> 難聴 補聴器使用： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	拘縮	<input type="checkbox"/> 有（肩・肘・指・股・膝・足） <input type="checkbox"/> 無
	意思疎通	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 一部可 <input type="checkbox"/> 不可	移動	<input type="checkbox"/> 歩行（自力・杖・歩行器） <input type="checkbox"/> 車椅子（自力・介助）
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	着脱衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 衣服の準備、選択	整容	洗面： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 歯磨き： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 入れ歯： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	排泄	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> Pトイレ <input type="checkbox"/> オムツ （自立、声がけ誘導、一部介助、全介助）	対人関係	<input type="checkbox"/> 協調的 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 拒否的
	性格	<input type="checkbox"/> おとなしい <input type="checkbox"/> 好き嫌が多い <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 朗らか <input type="checkbox"/> わがまま () <input type="checkbox"/> 親しみやすい <input type="checkbox"/> 頑固 <input type="checkbox"/> 几帳面 <input type="checkbox"/> 短気 <input type="checkbox"/> 人に溶け込めない <input type="checkbox"/> 無口 <input type="checkbox"/> 凝り性 <input type="checkbox"/> 融通がきかない		
認知症・精神状態	<input type="checkbox"/> 認知症有 <input type="checkbox"/> 精神的障害有 <input type="checkbox"/> 特筆すべき症状 内容 () <input type="checkbox"/> 特になし			
	身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（種 級／障害名：)			
入居申請に至る生活歴				
.....				
.....				
.....				
.....				
特記事項				
.....				
.....				
.....				