

入所希望者の情報

現在の状況及び介護サービスの利用状況

3 在宅等 ※【 】は事業者名を記入

- 訪問介護（週 回）【 】
- 訪問入浴（週 回）【 】
- 訪問看護（週 回）【 】
- 訪問リハビリテーション（週 回）【 】
- 通所介護（週 回）【 】
- 通所リハビリテーション（週 回）【 】
- 短期入所生活介護（最近3ヶ月の利用日数合計 日）【 】
- 短期入所療養介護（最近3ヶ月の利用日数合計 日）【 】
- 夜間対応型訪問介護【 】
- 認知症対応型通所介護【 】
- 小規模多機能型居宅介護【 】
- その他（ ）

入所希望者の状況

食事	状態	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経口摂取不可	
	食事形態	主食	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 半粥食 <input type="checkbox"/> 全粥食 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他()
		副食	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> みじん <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他()
	嚥下	<input type="checkbox"/> むせない <input type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> 毎回むせる <input type="checkbox"/> トロミ剤の使用(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)	
	場所	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> その他()	
排泄	状態	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 誘導・一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	尿意	尿意 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない	
	便意	便意 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない	
	下着	<input type="checkbox"/> 綿パンツ <input type="checkbox"/> オムツ(<input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夜) <input type="checkbox"/> リハビリパンツ(<input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夜) <input type="checkbox"/> パッド(<input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夜)	
	場所	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> その他()	
入浴	状態	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	方法	<input type="checkbox"/> 家庭の浴槽 <input type="checkbox"/> 訪問入浴サービス <input type="checkbox"/> 施設一般浴 <input type="checkbox"/> 施設機械浴	
	更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	拒否	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> 強くある	
動作等	移動方法	<input type="checkbox"/> 自立歩行 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器(<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定) <input type="checkbox"/> 車椅子(自操 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可) <input type="checkbox"/> 寝たきり	
	立位	<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 支えがあれば可 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不可	
	座位	<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 支えがあれば可 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不可	
	寝返り	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> つかまれば可 <input type="checkbox"/> 不可	
	外出	<input type="checkbox"/> まれである <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> 寝たきり	
身体状況	視力	<input type="checkbox"/> 見える <input type="checkbox"/> 見えにくい(<input type="checkbox"/> 眼鏡使用) <input type="checkbox"/> 見えない(<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右)	
	聴力	<input type="checkbox"/> 聞こえる <input type="checkbox"/> 聞こえにくい(<input type="checkbox"/> 補聴器使用) <input type="checkbox"/> 聞こえない(<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右)	
	言語	<input type="checkbox"/> 話せる <input type="checkbox"/> 聞き取りにくい <input type="checkbox"/> 話せない	
	意思	<input type="checkbox"/> 疎通できる <input type="checkbox"/> ある程度できる <input type="checkbox"/> 疎通できない	
	麻痺の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(<input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> その他)	
睡眠	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 眠れないことが多い <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 睡眠薬の使用(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)		
嗜好品等	飲酒	<input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む(量)	
	タバコ	<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う(本/日)	

※ ご本人の心身状況を把握している方が正確にお書きください。ご不明な点は担当ケアマネージャー等にご相談ください。

※ 事実と違う場合は優先順位が変更される場合があります。

入所希望者の情報	認知症の状況	1 <input type="checkbox"/> 無	
		2 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 常時徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食(食物以外のものを口にいれる) <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> 自傷(自分を傷つける行為) <input type="checkbox"/> 他傷(他人を傷つける行為) <input type="checkbox"/> 収集癖 <input type="checkbox"/> 声出し <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 不快な音を立てる <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> 自殺願望 <input type="checkbox"/> その他()	
		※ 上記内容を具体的に記入して下さい	
医療情報	※ 申込者の分かる範囲で記入して下さい。医師・看護師等に記入を求めるものではありません		
	医療的処置	1 <input type="checkbox"/> 無	
		2 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 常時吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置 <input type="checkbox"/> カテーテル留置 <input type="checkbox"/> ストマ(人工肛門) <input type="checkbox"/> 膀胱ろう <input type="checkbox"/> 皮膚疾患 <input type="checkbox"/> その他()	
	【既往歴】 入院の有無 年月	結核の既往(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <p style="text-align: center;">※ 入院していた場合はその時期もご記入下さい。(入院H●年●月～H▲年▲月)</p>	
	【現病歴】 入院の有無 発病年月	 <p style="text-align: center;">※ 入院している場合は入院時期もご記入下さい(入院H●年●月～)</p>	
	内服薬		
特記事項			
入所希望者の意向 (入所希望者が申し込んでいる場合を除く)	<input type="checkbox"/> 入所希望者が特別養護老人ホームへの入所を希望している <input type="checkbox"/> 入所希望者は在宅での生活を希望している <input type="checkbox"/> 入所希望者の意向は確認していない又は確認できない <input type="checkbox"/> その他()		

介護者や住居等の状況	入所を希望する理由	<input type="checkbox"/> 身寄りが無い若しくは家族等がいても疎遠であるなど、介護する者がいない <input type="checkbox"/> 介護する者が、距離が離れている・入院しているなどの状況にあり、介護ができない <input type="checkbox"/> 介護する者が、要介護状態・病気療養中・障害を有するなどの状況にあり、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護する者が、要支援状態・高齢等の状況にあり、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護する者が、複数の介護や育児を行っている状況にあり、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護する者が、就労している状況にあり、十分な介護が困難					
		<input type="checkbox"/> 車椅子を使用しているが、住居の廊下等の構造が適していないため、介護が困難 <input type="checkbox"/> 住居の便所、浴室、階段等の形態や構造が適していないため、十分な介護が困難					
		<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設、介護療養型医療施設、病院等から退所(退院)を求められているが、在宅での生活が困難 <input type="checkbox"/> 当該施設を退所して長期入院した後、退院することになったが、在宅での生活が困難 <input type="checkbox"/> その他(具体的に記載して下さい) <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 50px; margin-top: 10px;"></div>					
主な介護者	(フリガナ)		性別	男・女	年齢	歳	
	氏名		生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日			
	同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 住所 〒 - 電話番号 ()					
	入所希望者との関係	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他()					
	他の介護者	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> いない					
	特記	(介護をしている上で特に困っていること等)					
その他	入所を希望する時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 必要な時に入所したい <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; display: inline-block; margin-top: 5px;"> <input type="checkbox"/> 半年ぐらい先には入所したい <input type="checkbox"/> 1年ぐらい先には入所したい <input type="checkbox"/> 将来的に必要なになったときに入所したい </div>					
	他施設の申込み状況	<input type="checkbox"/> 当該施設にのみ申し込んでいる。 <input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込んでいる。 (他の施設名)					
	担当ケアマネージャー	氏名		連絡先	電話 ()		
	事業所名						

その他	備 考	本入所申込書に記載した事項あるいは記載項目にない事項等で、特に優先的な入所を考慮する必要がある場合は、その状況についてご記入ください。
-----	-----	---

おねがい	入所希望者の要介護度や家族等の介護者の状況など、本入所申込書に記載した事項等が変わった場合、死亡された場合、あるいは他の特別養護老人ホーム等に入所した場合は、必ず当施設に連絡をしてください。
------	---

説明確認欄	<p>私は、入所申込みに際し、入所申込みから入所契約までの手続き及び入所順位の決定方法について、施設から説明を受けました。</p> <p style="text-align: right;">(入所希望者本人との続柄)</p> <p style="text-align: center;">_____年 月 日 氏名 (_____)</p>
同意書	<p>当施設が保管する入所申込みに関する情報については、神奈川県又は相模原市から状況把握のために提示を求められることに同意します。</p> <p>入所希望者氏名 _____ (印)</p> <p>※ 申込者が本人以外の場合</p> <p>申込者氏名 _____ (印)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; margin-left: 100px;"> 氏名欄は、自署 の場合は押印不 要です。 </div>

※本申込書の有効期限は受付日から2年間となります。但し、この間に様式3（介護状況変更連絡書）を提出した場合には、その受付日から、さらに2年間有効期限が延長となります。