介護老人福祉施設

**特別養護老人ホーム和幸園 入所申込書**

**令和 年 月 日**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **入所希望者****氏 名** | **ふりがな** |  | [ ]  [ ]  [ ]  **明治　・　大正　・　昭和** | **男 ・ 女**[ ]  [ ]   |
|  | **年　　　月　　　日生** |  **歳** |
| **住 所** | **〒** |  |
|  |
|  | **TEL** |  |
| **申 込 者****氏　名** | **ふりがな** |  | **続 柄** | **男 ・ 女**[ ]  [ ]   | **連 絡 先** |
|  |  | **歳** |  |
| **１．現在の状況** |
| [ ] **自宅療養中** | [ ] **病院入院中（** | **年 　　月 　　日** | **頃から）** |
| **主介護者（** |  | **）　病院名（** |  | **）　担当相談員（** |  | **）** |
| [ ] **施設入所中（** | **年 　　月 　　日** | **頃から）** | [ ] **その他** |
| **施設名（** |  | **）　担当相談員（** |  | **）** | **（** |  | **）** |
| **２．介護保険被保険者証**[ ] **申請済**[ ] **申請中** [ ] **未申請** |
| **被保険者番号 ［**[ ]  [ ]   |  | **］　保険者 ［**[ ]  [ ]   |  | **］**[ ]   |
| **要支援･要介護区分　要介護1　・　要介護2　・　要介護3　・　要介護4　・　要介護5** | [ ] **申請中** |
| **認定の有効期間**[ ]  [ ]  [ ]   | **年　　　月　　　日** | **～** | **年 　　月 　　日** |  |
| **負担割合証　　　1割　・　　2割　・　　3割**[ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]   |
| **負担限度額認定　　第1段階　・　第2段階　・　第3段階①　・　第3段階②　・　第4段階** |
| [ ] **申請中** [ ] **未申請** |
| **居宅介護支援事業所事業所名（** |  | **）　担当ケアマネ（** |  | **）** |
| **３．健康保険証及び手帳の種類**[ ]  [ ]  [ ]  [ ]   |
| **国保　・　社保　・　後期高齢者　・　その他（** |  | **）** |
| **障害者手帳　　　有　　・　　無**[ ]  [ ]   | **交付年月日** | **年　　　月　　　日** | **種別** |  | **種** |  | **級** |
| **４．経済状況** |
| **年金恩給等の種類　(** |  | **)　　月平均受領額：** |  | **円** |
| **５．本人の同意**[ ]  [ ]  [ ]   |
| **同意している　・　同意していない　・　意志疎通困難（** |  | **）** |
| **6．他施設への申込み状況** |
| [ ] **申込みなし　当該のみ申し込む** |
| [ ] **申込み（予定）あり　（　　　　　　　　　　　　　　　）（　　　　　　　　　　　　　　　）（　　　　　　　　　　　　　　　）** |
| **７．入所を希望する理由** |
| [ ] **身寄りがいないなど介護する者がいないため** |
| [ ] **介護する者が地理的に離れている、もしくは病院等に長期入院するなどの状況により介護が不能** |
| [ ] **介護する者はいるが、要介護状態、高齢等の状況にあり、十分な介護が困難** |
| [ ] **介護する者はいるが、要支援状態、高齢等の状況にあり、十分な介護が困難** |
| [ ] **介護する者はいるが、複数の介護や育児を行っているなど、十分な介護が困難** |
| [ ] **介護する者はいるが、就業しているため、十分な介護が困難**  |

※　裏面への記入もお願いします。

|  |  |
| --- | --- |
| **8．病歴について** |  |
| **（発症年月日 ：** |  | **/ 病名 ：** |  | **)** |
| **（発症年月日 ：** |  | **/ 病名 ：** |  | **)** |
| **（発症年月日 ：** |  | **/ 病名 ：** |  | **)** |
| **（発症年月日 ：** |  | **/ 病名 ：** |  | **)** |
| **9．ご本人様の状態** |
| **食事　：** | [ ] **自立** | [ ] **一部介助** | [ ] **全介助** | [ ] **胃瘻** |  |  |
| **排泄　：** | [ ] **自立** | [ ] **一部介助** | [ ] **全介助** | [ ] **バルンカテーテル** | [ ] **ストマ** |
|  | [ ] **トイレ** | [ ] **紙パンツ** | [ ] **ポータブルトイレ** | [ ] **紙オムツ** |
| **移動　：** | [ ] **自立** | [ ] **一部介助** | [ ] **全介助** |  |  |  |
|  | [ ] **独歩** | [ ] **杖** | [ ] **歩行器** | [ ] **車椅子** | **（**[ ] **自操** | [ ] **介助　）** |
| **移乗　：** | [ ] **自立** | [ ] **一部介助** | [ ] **全介助** |  |  |  |
| **〔 認知症による行動障害 〕** |
| [ ] **該当なし** |  |  |  |  |  |
| [ ] **徘徊** | [ ] **不潔行為** | [ ] **不穏行動** | [ ] **自傷行為** | [ ] **暴力行為** | [ ] **昼夜逆転** |
| [ ] **異食** | [ ] **幻視、幻覚** | [ ] **被害妄想** |  |  |  |
| **〔 医療処置 〕** |  |  |  |  |  |
| [ ] **酸素** | [ ] **点滴** | [ ] **吸引 （** |  | **）** | [ ] **インスリン注射** | **（** |  | **）** |
| **〔 新型コロナワクチン接種 〕** |
| [ ] **未接種** | [ ]  |  | **回接種済み** |  |
|  | **（ ①** |  | **②** |  | **③** |  | **④** |  | **⑤** |  | **）** |
| **10．居室の希望について** |
| [ ] **多床室** | [ ] **個室** | [ ] **どちらでも可** | **ショートステイ利用　：** | [ ] **可** | [ ] **不可** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **身元保証人****氏 名** | **ふりがな** |  | **続 柄** | [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  **明治 ・ 大正 ・ 昭和 ・ 平成** | **男 ・ 女**[ ]  [ ]   |
|  |  | **年　　　月　　　日生** | **歳** |
| **住 所** | **〒** |  |
|  |
| **勤務先** | [ ]  [ ]  [ ]  [ ]   |
| **連絡方法** | **①（ 自宅 ・ 携帯 ・ 勤務先 ・ その他〔** |  | **〕） TEL** |  |
| **②（ 自宅 ・ 携帯 ・ 勤務先 ・ その他〔**[ ]  [ ]  [ ]  [ ]   |  | **〕） TEL** |  |
| **主介護者****氏 名** | **ふりがな** |  | **続 柄**[ ]   | **明治 ・ 大正 ・ 昭和 ・ 平成**[ ]  [ ]  [ ]   | **男 ・ 女**[ ]  [ ]   |
|  |  | **年　　　　月　　　　日生** | **歳** |
| **家　族** | **氏 名** | **続 柄** | **年 齢** | **連 絡 先** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |