

(様式1)

入居申込書

申込日 令和 年 月 日

介護老人福祉施設
特別養護老人ホーム
うららか春陽荘 様

申込者 干
住 所
氏 名 印 (入所希望者との関係)
電 話
携帯電話

入居希望者の状況	ふりがな		生年月日	明治 大正 昭和	年	月	日
	氏 名		男 女	昭和		満	歳
希望者の状況	住 所 干 -		電話番号 -				
	介護保険	要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護度1 <input type="checkbox"/> 要介護度2 <input type="checkbox"/> 要介護度3 <input type="checkbox"/> 要介護度4 <input type="checkbox"/> 要介護度5				
		被保険者番号	<input type="text"/>				
		認定期間	年 月 日 ~ 年 月 日				
負担限度額認定		<input type="checkbox"/> 認定されていない <input type="checkbox"/> 認定されている(食費負担限度額 <input type="checkbox"/> 1360 <input type="checkbox"/> 650円 <input type="checkbox"/> 390円 <input type="checkbox"/> 300円)					
収入状況	年金等	(種別)		(支給年額)			
		生活保護受給		有・無			
現況	<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 夫婦のみ <input type="checkbox"/> 子と同居 <input type="checkbox"/> その他					
		<input type="checkbox"/> 在宅サービスの利用 <input type="checkbox"/> あり (内容) <input type="checkbox"/> なし					
		<input type="checkbox"/> 在宅介護サービスの支給限度額以上にサービスを利用している					
<input type="checkbox"/> 施設や病院で生活している (病院・施設名)							
医療・介護	主治医	医療機関名		主治医氏名			
	担当ケアマネジャー (在宅)	事業所		担当者名			
身元引受人	ふりがな		希望者との関係	生年月日			
	氏 名			大正 昭和	年	月	日
	住 所 干 -						
	電話番号		(自宅) (勤務先)	(携帯)			
連絡先	ふりがな		希望者との関係	生年月日			
	氏 名			大正 昭和	年	月	日
	住 所 干 -						
	電話番号		(自宅) (勤務先)	(携帯)			
入居希望の時期及び理由	<input type="checkbox"/> すぐに入居したい <input type="checkbox"/> 将来的に入居したい(時期 頃) <input type="checkbox"/> 他施設入居申込みをしている						
	<input type="checkbox"/> 介護する者はあるが、諸般の都合で十分な介護が困難なため						
	<input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難なため						
	<input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所を求められているが、自宅での介護が困難なため						
	<input type="checkbox"/> その他 (
	※該当するものすべてに、レ印等を記入して下さい						
	上記に関する具体的な状況 (経済的状況、介護者の身体的・精神的負担、居住環境、事故の危険性など)						

(様式2)

特別養護老人ホーム うららか春陽荘 入居申込意見書

入居希望者氏名	<div style="border: 1px solid black; width: 250px; height: 40px;"></div>	記載者	記載日 令和 年 月 日
			氏 名 _____
			所 属 _____
			職 種 _____
			T E L _____

※この意見書は、介護支援専門員、施設・病院職員などの専門職が入所希望者の現在の状況をご記入ください。
(記入する者がいない場合は、申し込み先の施設にご相談ください。)

(1) 要介護度 (特例入所)

要介護度 5	要介護度 4	要介護度 3	要介護度 2	要介護度 1
--------	--------	--------	--------	--------

(2) 認知症高齢者の日常生活自立度

IV	IIIb	IIIa	IIb	IIa
----	------	------	-----	-----

	A	B	C	特記事項 (できる限りご記入ください)
①食 事	介助が必要	見守り程度	自 立	
②入 浴	介助が必要	見守り程度	自 立	
③排 泄	介助が必要	見守り程度	自 立	
④移 動	介助が必要	見守り程度	自 立	
⑤更 衣	介助が必要	見守り程度	自 立	

(4) 直近1カ月以内に認知症による周辺症状があったものに○をつけてください

	A	B	C	D	特記事項 (できる限りご記入ください)
①火の不始末がある	ほぼ毎日	週1~3回	月1~3回	なし	
②徘徊がある	ほぼ毎日	週1~3回	月1~3回	なし	
③介護に対して抵抗がある	ほぼ毎日	週1~3回	月1~3回	なし	
④暴言暴行や大声がある	ほぼ毎日	週1~3回	月1~3回	なし	
⑤摂食異常がある	ほぼ毎日	週1~3回	月1~3回	なし	
⑥不潔行為がある	ほぼ毎日	週1~3回	月1~3回	なし	
⑦昼夜逆転がある	ほぼ毎日	週1~3回	月1~3回	なし	
⑧その他の周辺症状	ほぼ毎日	週1~3回	月1~3回	なし	

