

申込書記入例

特別養護老人ホーム吾野園優先入所申込書 No.1

※ここは施設で記入します。(未記入願います)

申込日	令和 ○○年 ○○月 ○○日
受付日	令和 年 月 日

特別養護老人ホーム吾野園 施設長殿

【 申込者 】

住 所	〒○○○-○○○○ 埼玉県飯能市○○○ ○○○番地	
(フリガナ) 氏 名	アガノ ミナミ 吾野 みなみ	本人との関係 長女
電話番号	○○○ (○○○) ○○○○	

特別養護老人ホーム吾野園へ優先入所したいので、次のとおり申し込みます。(注1)

介護保険証をご確認

本 人 の 状 況	(フリガナ) 氏 名	アガノ タロウ 吾野 太郎	性 別	保 険 者	飯 能 市		
	生年月日	明・大・昭 ○○年○○月○○日(○○歳)	男	被保険者番号	○○○○○○○○○○○○○○		
	住 所	〒○○○-○○○○ 埼玉県飯能市○○○ ○○○番地	女	要介護度	1・2	3・4・5	
	申込記入時の状況です (複数可) 現在使用している 在宅サービスの状況	1、訪問介護 () 2、訪問入浴 () 3、訪問看護 () 4、訪問リハビリテーション () 5、通所介護 ()	介護認定 期 間	令和 ○年 ○○月 ○○日から 令和 ○年 ○○月 ○○日まで	6、通所リハビリテーション () 7、短期入所生活介護 () 8、福祉用具の貸与・購入費の支給 () 9、その他 (○○月から○○老健入所中)		
	支援が必要な介護量 で判断 (大凡の判断)	1、非常に多い 2、やや多い 3、少し有り 4、無し					
	認知症の度合い	【現在治療中の病気等】 平成○○年より糖尿病を患い、現在内服薬にてコントロールしています。 また緑内障により毎月通院し、現在点眼薬が2種類処方されています。					
	優先入所を希望する 理由 (注3)	①、介護者がいないため。(妻他界。一人娘のみなみも嫁ぎ先で生活抱え介護困難) 2、介護者がいるが障害や疾病の状況にあり介護が困難なため。 () 3、介護者がいるが高齢等のため十分な介護が困難なため。 () 4、介護者がいるが就業しているため十分な介護が困難なため。 () 5、介護者がいるが育児又は家族が病気の状況にあり十分な介護が困難なため。 () 6、介護保険施設に入所しているが替わりたい。 () 7、その他 ()					

特別養護老人ホーム吾野園優先入所申込書 No.2

介護者及び家族の状況	①主に介護に関わっている方	(フリガナ) 氏名	アガノ ミナミ 吾野 みなみ	性別	続柄
		生年月日	明・大・昭 〇〇年 〇〇月 〇〇日 (〇〇歳)	男・女	長女
		同居の区分	1. 同居 ② 別居 (事由 嫁ぎ先に居住しているため)		
	次に介護に関わっている方	(フリガナ) 氏名	アガノ ヒガシ 吾野 東	性別	続柄
生年月日	明・大・昭 〇〇年 〇〇月 〇〇日 (〇〇歳)	男・女	孫		
介護の可能性	介護困難 ↓ ・ 多少介護可 ・ 介護可能 困難理由 (所帯を持ち、日中は仕事をしている為)				
介護期間 (顛末)	8年前に妻を亡くしてから一人暮らし。5年前から短期記憶の低下が見られ、アルツハイマー型認知症の診断を受ける。介護保険申請にて、要介護1の認定。その後日中は週3回デイサービスを利用しながらなんとか生活していたが、〇〇年〇月自宅で転倒し大腿部頸部骨折を発症。リハビリ後も歩行困難となり、車イス生活に。(要介護4の認定) 3カ月前より〇〇老健に入所し、今日に至る。				
①の方の就労状況	①の方の育児等	①の方の健康状態			
有 (具体的状況を記入)週4日パート勤務..... 無	有 (具体的状況を記入) 無	良好 不良 (病名等) ①の方の家族の健康状態 良好 不良 (病名等)			
優先入所を希望する時期	① すぐにでも入所したい。 2. 年 月頃には入所したい。				
施設申し込みの状況	① 吾野園のみ 2. 他の施設に申し込んでいる。(複数の場合は最も志望している施設) 所在市区町村..... 施設名..... 現在待機期間.....				
説明確認	私は優先入所申し込みの際、入所決定の手続き及び、入所の必要性を評価する基準等について施設から説明を受けました。 令和〇〇年〇〇月〇〇日 記入日がかまいません 氏名: 吾野 みなみ 印				

注1、認定調査票 (写)、被保険者証 (写)、サービス利用表 (写) を添付してください。

注2、現在利用している在宅サービス状況の () 内には、具体的内容をご記入ください。

注3、優先入所を希望する理由の () 内には、その具体的な理由をご記入ください。

※ 優先入所の必要性が無くなった場合は、ご連絡ください。

※ 申し込み内容に変更 (要介護度・住所等) が生じた場合は、必ず施設に連絡してください。

入 所 願 書

令和 ○○年 ○○月 ○○日

社会福祉法人 武州清寿会
 特別養護老人ホーム 吾野園
 施設長 加 藤 徹 留 殿

この度、特別養護老人ホーム吾野園に入所致したく、関係書類と介護保険証の写しを添えて申し込み致します。

ご利用になられる方	住 所	〒○○○-○○○○		
		埼玉県飯能市○○○ ○○○番地		
	ふりがな	あがの たろう		
	氏 名	吾 野 太 朗		印
	生年月日	M・T・S	○○年	○○月 ○○日
	電話番号	○○○ (○○○○) ○○○○		
身元保証人 1	住 所	〒○○○-○○○○		
		埼玉県日高市○○○ ○○○番地		
	ふりがな	あがの みなみ		
	氏 名	吾 野 み な み		印
	生年月日	T・S・H	○○年	○○月 ○○日
		電話番号	○○○ (○○○○) ○○○○	
	携帯番号	○○○-○○○○-○○○○		
身元保証人 2 (1と住所の異なる方)	住 所	〒○○○-○○○○		
		埼玉県所沢市○○○ ○○○番地		
	ふりがな	あがの ひがし		
	氏 名	吾 野 東		印
	生年月日	T・S・H	○○年	○○月 ○○日
	電話番号	○○○ (○○○○) ○○○○		
	携帯番号	○○○-○○○○-○○○○		

身元引受書

令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日

社会福祉法人 武州清寿会

特別養護老人ホーム 吾野園 施設長 加藤 徹 留 殿

身元引受人 1

ふりがな	あがの みなみ	
氏名	吾 野 みなみ	印
本人との続柄	長 女	
職業	〇〇会社 パート勤務	
郵便番号	〇〇〇-〇〇〇〇	
住所	埼玉県日高市〇〇〇 〇〇〇番地	
電話番号	〇〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇	
携帯番号	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇	

身元引受人 2
(1と住所の異なる方)

ふりがな	あがの ひがし	
氏名	吾 野 東	印
本人との続柄	孫	
職業	公務員 (〇〇〇〇勤務)	
郵便番号	〇〇〇-〇〇〇〇	
住所	埼玉県所沢市〇〇〇 〇〇〇番地	
電話番号	〇〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇	
携帯番号	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇	

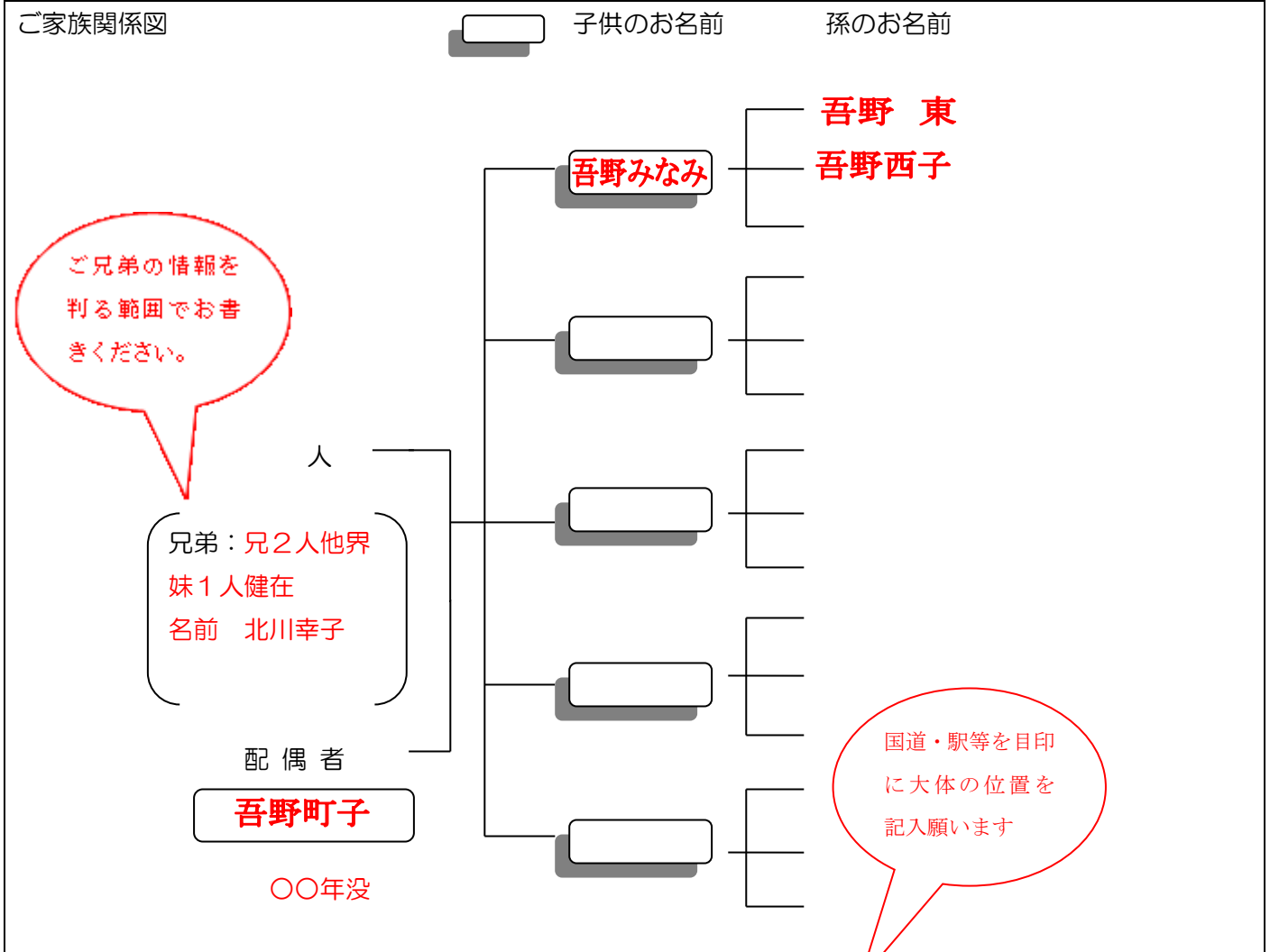
下記の者が貴社会福祉法人武州清寿会・特別養護老人ホーム吾野園に入所することについては、私が本人の身元に関する一切のことを引受けます。

(入所希望者)

ふりがな	とうきょうとおうめし〇〇〇〇〇
本籍	東京都青梅市〇〇〇 〇〇〇番地
住所	埼玉県飯能市〇〇〇 〇〇〇番地
(電話番号)	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
ふりがな	あがの たろう
氏名	吾 野 太 郎

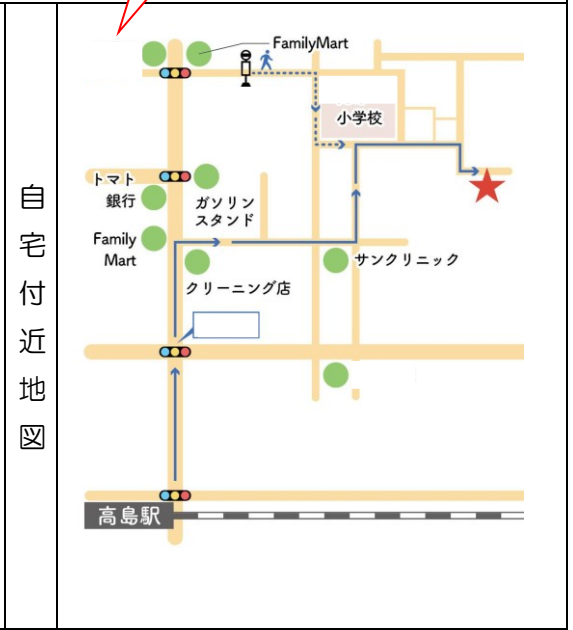
身 上 調 書

ふりがな	あがの たろう
氏 名	吾 野 太 郎



生 活 歴

昭和〇〇年東京都青梅市にて出生
 〇〇年〇〇尋常小学校を卒業
 〇〇年〇〇会社に勤務。以降定年まで同会社勤務
 〇〇年町子と婚姻 〇〇年長女みなみ生まれる
 平成〇〇年胃癌を発症、手術にて胃 2/3 摘出
 〇〇年長女が嫁ぎ以降妻と 2 人暮らしとなる
 〇〇年〇〇会社定年退職
 〇〇年妻が他界し、以降 1 人暮らしとなる
 〇〇年認知症の症状が現れ介護認定要介護 1
 デイサービスを利用しながら長女の支援を受け
 なんとか自宅生活を継続
 〇〇年〇月自宅で転倒、大腿部頸部骨折発症し入院
 同年〇月老人保健施設に入所し今日に至る



入 所 資 料

氏 名	吾 野 太 郎		男・女	男	記入年月日	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日		
身体障害者手帳	有 (1種 1級) ・ 無		健康保険	後期高齢 ・ 国民 ・ 社会 ・ 共済 ・ 生保 (その他)				
介護保険減額認定	有 ・ 無		介護保険割合	1割		介護度	要介護 1・2・3・4・5	
食 事	自力 ・ 一部介助 ・ 全介助		使用食器等		主食：御飯 ・ お粥 ・ ミキサー			
	自力 ・ 一部介助 ・ 全介助		はし・スプーン すくいやすい皿 自助具・その他		副菜：常食・一口大きざみ・細かいざみ ミキサー・ムース その他 ()			
入れ歯	無 ・ 有 (上 ・ 下 ・ 両方)				経管 (胃瘻 ・ 鼻腔)			
好きな食べ物	刺身 とんかつ		嫌いな食べ物 納豆 ほうれん草 チーズ アレルギー食 なし					
日常生活動作 ※該当箇所を○で括る								
○ 歩行 (自力 ・ 一部介助 ・ 全介助) ○ 車椅子 (有 ・ 無)								
○ その他 (杖 ・ 装具 ・ その他)								
○ 排泄 (自力 ・ 一部介助 ・ 全介助) [おむつ使用 ・ ハビリパンツ (その他)]								
○ 聴力 (普通 ・ やや難聴 ・ 難聴)								
○ 視力 (普通 ・ 弱視 ・ 全盲) ○ 言語 (普通 ・ 少し不自由 ・ 不自由)								
○ 褥瘡 (有 ・ 無 「程度」) ○ 入浴 (自力 ・ 一部介助 ・ 全介助)								
○ 着脱衣 (自力 ・ 一部介助 ・ 全介助) ○ 麻痺 (有<部位> ・ 無)								
○ その他 ()								
精神の状態 ※該当箇所を○で括る								
○ 性格 朗らか ・ 親しみやすい ・ 几帳面 ・ 寂しがり ・ 自分のこと気にしやすい わがまま ・ 頑固 ・ 人にとけこめない ・ 好き嫌いが多い ・ 短気 ・ 無口 融通がきかない ※複数可								
○ 対人関係 (拒否的である ・ 普通 ・ 協動的である)								
○ 認知症状 (診断有 ・ 未受診だが症状有 ・ 診断無いが年相応 ・ 正常) 症状・診断有の場合 (重度 中度 軽度)								
具体的症状	アルツハイマー型認知症の診断有。短期記憶が著しく低下し、曜日や季節の認識が無い。 骨折前の在宅時は昼夜逆転傾向にありました。食事でも食べたことを忘れ、夜間冷蔵庫にあるものを全部食べてしまう事も時々ありました。							
○ その他精神症状など 心気症状 ・ 不安 ・ 焦燥 ・ 抑鬱状態 ・ 興奮 ・ 幻覚 妄想 ・ せん妄 ・ 睡眠障害 ・ その他 ()								
特記項目	攻撃的行為	重度	中度	軽度	不潔行為	重度	中度	軽度
	自傷行為	重度	中度	軽度	失 禁	重度	中度	軽度
	徘徊	重度	中度	軽度	不穏興奮	重度	中度	軽度
その他	老健では時々帰宅願望が強く、玄関から車イスで出ようとする行為がありました。							
家族のご要望	穏やかに過ごしていただきたい。カラオケが好きなので、そのようなレクがあれば参加して欲しい。							

医 療 情 報

記入年月日 令和 ○年○○月○○日

氏 名	吾 野 太 郎		
生 年 月 日	大 正 ・ 昭 和 ○ ○ 年 ○ ○ 月 ○ ○ 日 (満 ○ ○ 歳)		
既 往 歴	例： 平成 10 年 4 月頃 糖尿病 平成 15 年 6 月頃 脳梗塞 等		
	平成○○年胃癌を発症、手術にて胃 2/3 摘出		
	平成○○年○月頃 アルツハイマー型認知症の診断		
	平成○○年糖尿病 令和○○年○月 大腿部頸部骨折		
治 療 状 況 (現在治療中疾病)	例： 糖尿病により投薬によるコントロール 認知症進行予防の薬を服用 等		
	認知症関係の薬が2種類処方されている。		
	糖尿病は薬によるコントロールが継続されている。		
	緑内障により月に1回○○○眼科に受診している。		
身 長 ・ 体 重	身 長	1 5 4 cm	体 重 4 4 kg
血 液 型	A	B	AB O RH (+ ・ -)
感染症の有無等（肝炎・結核・梅毒など）、情報がありましたら具体的にお書きください。			
特になし			
かかりつけ病院名		○○○医院	医師名 ○○○○先生
お薬名（薬品情報の写し添付可）			
○○○○（朝のみ） ○○○○（朝・夕2錠） ○○○（朝・夕）			
○○○○（点眼薬1日2回）			
その他医療に関して特記があればお書きください。			
<ul style="list-style-type: none"> • 胃癌手術の際輸血を行いました。 • 時々頭部に強いかゆみを訴える事があります。受診はしていません。市販のかゆみ止めの薬を塗布しています。 			