

特別養護老人ホーム吾野園優先入所申込書 No. 1

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	〒 _____	
(フリガナ) 氏 名		本人との関係
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)

本 人 の 状 況	(フリガナ) 氏 名		性 別	保 険 者	
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)	男	被保険者番号	
	住 所	〒 _____	女	要 介 護 度	1・2 3・4・5
	現在使用している 在宅サービスの状況 (注2)	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	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 ()	令 和 年 月 日から 令 和 年 月 日まで
	認知症の度合い	1、非常に多い 2、やや多い 3、少し有り 4、無し			
	医療的処置の状況	【現在治療中の病気等】			
	優先入所を希望する 理由 (注3)	1、介護者がいないため。() 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		性別	続柄	
				男・女		
		生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)			
	同居の区分	1. 同居 2. 別居 (事由)				
	次に介護に関わっている方	(フリガナ) 氏名		性別	続柄	
				男・女		
		生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)			
	介護の可能性	介護困難 ↓ ・ 多少介護可 ・ 介護可能 困難理由 ()				
	介護期間 (顛末)					
	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)		有 (具体的状況を記入)		良好 不良 (病名等)		
無		無		①の方の家族の健康状態 良好 不良 (病名等)		
その他	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 年 月 日 氏名： 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	〒 —		
	ふりがな			
	氏 名	印		
	生年月日	M・T・S	年 月 日	
	電話番号	()		
身元保証人 1	住 所	〒 —		
	ふりがな			
	氏 名	印		
	生年月日	T・S・H	年 月 日	続柄
	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	〒 —		
	ふりがな			
	氏 名	印		
	生年月日	T・S・H	年 月 日	続柄
	電話番号	()		
	携帯番号	— —		

身 元 引 受 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

身元引受人 1

ふりがな
氏 名 印
本人との続柄
職 業
郵便番号 —
住 所
電話番号
携帯番号

身元引受人 2 印
(1 と住所の異なる方) 本人との続柄
ふりがな
氏 名
職 業
郵便番号 —
住 所
電話番号
携帯番号

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	
本 籍	
住 所	
(電話番号)	
ふりがな	
氏 名	

身 上 調 書

ふりがな	
氏 名	

ご家族関係図

子供のお名前
孫のお名前

本 人

兄弟：

配 偶 者

生 活 歴		自 宅 付 近 地 図	
-------------	--	----------------------------	--

入 所 資 料

氏 名			男・女	記入年月日	令和	年	月	日
身体障害者手帳	有（種 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	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 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（ ）				
	無・有（上・下・両方）		はし・スプーン すくいやすい皿 自助具・その他	経管（胃瘻・鼻腔）				
好きな食べ物			嫌いな食べ物					
			アレルギー食					
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・リハビリパンツ（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・協調的である）								
○ 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 <input style="width: 600px; height: 40px;" type="text"/>								
○ 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								
家族のご要望								

医 療 情 報

記入年月日 令和 年 月 日

氏 名	
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
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
身 長 ・ 体 重	身 長 体 重
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。	
かかりつけ病院名	医師名
お薬名 (薬品情報の写し添付可)	
その他医療に関して特記があればお書きください。	