

お願い：介護保険証のコピーとおくすり表のコピーをお持ち下さい。

## 特別養護老人ホーム 青空 入居申込書

### 基本情報

		申込日		令和	年	月	日		
入居希望者	フリガナ	性別	大正・昭和		年	月	日生	歳	
	氏名	男・女	電話 ( )		-				
	住所								
	世帯	・ 独居 ・ 同居 (同居者：例 長男夫婦と孫)							
	現況	・ 自宅 ・ 自宅以外の在宅 (例 三女宅) ・ 入院中 名称( ) ・ 入所中 名称( )							
申込者	フリガナ	性別	続柄	大正・昭和・平成		年	月	日生	歳
	氏名	男・女		電話 ( )		-			
	住所			携帯 ( )		-			
	職業		勤務先						

居宅介護支援事業者(担当ケアマネージャーの所属機関)		
事業者名	ケアマネージャー名	電話番号

介護保険証番号									
保険者		要介護度							
		1・2・3・4・5							

入居を希望する理由	該当する入居を希望する理由にチェックして下さい。(複数チェック可)	
	<input type="checkbox"/> 介護者等が、高齢等により、十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 介護者等が、病気等により、十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 介護者等が、障害等により、十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 介護者等が、育児等により、十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 介護者等が、就労等のため、十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 介護者等が、長期にわたり不在になり、十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 介護者等が、身体的・精神的負担が大きくなり、十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> ヘルパー、デイサービス、ショートステイ等の在宅サービスだけでは、介護者等の介護負担 軽減が不十分なため。 <input type="checkbox"/> ご本人が希望したため。 <input type="checkbox"/> 病院や施設から退院・退所を求められており、自宅での十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> その他の理由 下記へ、ご自由にお書き下さい。	
他の施設への申し込み状況	申し込みなし ・ 申し込みあり ( )	

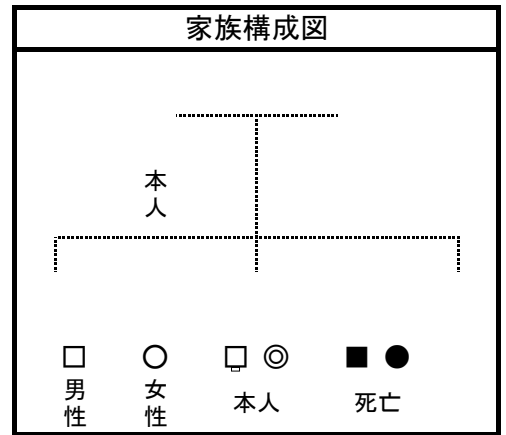
お願い：介護保険証のコピーとおくすり表のコピーをお持ち下さい。

特別養護老人ホーム青空 入居申込書附表

作成日 令和 年 月 日

緊急連絡先		続柄	自宅電話	携帯電話
入居者 その他の 連絡先	フリガナ			
	氏名			
	フリガナ			
	氏名			

介護保険負担限度額認定証	
※有の場合【第 1・2・3①・3②・4 段階】	
【食費の負担限度額( )円】	
【居住費の負担限度額 ユニット型個室( )円】	



在宅サービス利用歴		
利用サービス	期間	事業者名
1		
2		
3		
4		

A D L	歩行	独歩・杖・つたい歩き・シルバーカー・歩行器・車椅子(標準/リクライニング)										
	食事	自力摂取・一部介助・全介助			主食	ご飯・お粥・ミキサー			副食	常食・刻み・極刻み・ミキサー		
		経管栄養( )			制限アレルギー				その他			
	排泄	昼間	トイレ・パット・リハビリパンツ・オムツ・バルーン				夜間	トイレ・パット・リハビリパンツ・オムツ・バルーン				
	認知症	無・有(症状)										
介 護 者 の 状 況	医療	酸素療法	気管切開	ネブライザー	インスリン注射	ストーマ(人工肛門)	留置カテーテル	褥瘡処置	その他( )			
	①主たる介護者の年齢	70歳以上	60歳以上	60歳未満		⑥介護者の介護の関わり方		介護拒否	非常に消極的	やや消極的	普通	
	②介護者の介護負担	非常に重い	重い	やや重い	普通		⑦他の同居介護補助者	ほとんどなし	随時あり	常時あり		
	③介護者の障害や疾病	介護困難	多少介護可能	介護可能	なし		⑧別居血縁者介護協力	ほとんどなし	随時あり	常時あり		
	④介護者の就労	高齢で就労不能	8時間以上	4~8時間	4時間未満	なし		⑨近隣者等の介護協力	ほとんどなし	随時あり	常時あり	
⑤当該要介護者以外に対する育児や看護・介護の必要性	常時	半日	臨時	なし		⑩在宅生活に必要な住環境の状態	非常に支障がある	支障がある	やや支障がある	特に問題なし		
か か り つ け 医	病院名	診療科			医師名		病 歴					