

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	平成	年	月	日			
入居者	フリガナ 氏名			性別	明治・大正・昭和		年	月	日生	歳	
				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 氏名			性別	続柄	明治・大正・昭和・平成		年	月	日生	歳
				男・女		電話 ( )		-			
						携帯		-			
	住所	〒									
職業	勤務先				勤務先電話 ( )		-				
その他の連絡先	氏名			続柄	自宅電話			携帯電話			
	フリガナ										
	フリガナ										

### 居宅介護支援事業者(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

### 家族構成図

本人

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
男性	女性	本人	死亡		

### 在宅サービス利用歴

利用サービス	期間	事業者名
例 デイサービス	平成27年4月～現在	足利福祉サービス
1		
2		
3		
4		

ADL	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)									
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( )			

入居理由・保険状況

入居理由

該当する入居理由をチェックして下さい。(重複チェック可)

- 介護者等が、高齢等により、十分な介護が困難なため。
- 介護者等が、病気等により、十分な介護が困難なため。
- 介護者等が、障害等により、十分な介護が困難なため。
- 介護者等が、育児等により、十分な介護が困難なため。
- 介護者等が、就労等のため、十分な介護が困難なため。
- 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。
- 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。
- 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。
- ご本人が希望したため。
- 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。
- その他の理由            下記へ、ご自由にお書き下さい。

介護者の状況	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
保険状況	介護保険被保険者証		被保険者番号		←10ケタの数字を記入					
			介護認定	要介護度	1・2・3・4・5			負担割合	割	
			認定の有効期限		平成 年 月 日		～平成 年 月 日			
		介護保険負担限度額認定証		※有の場合 第 1・2・3・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						

※「介護保険被保険者証」「介護保険負担限度額認定証」のコピーをお持ちください。

医療の状況

**かかりつけ医**（現在かかっている病院及び診療所）

	病 院 名	診 療 科	医 師 名
例	足利赤十字病院	脳神経外科	足利花子
A			
B			
C			
D			
E			

**病歴**（最近のことから順にお書き下さい）

	病 名	発症年月	病院名	診療科	医師名
例	高血圧症	平成27年9月	A	←(上記の英字にて省略可能)	
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

**服薬状況** ※薬の内容がわかる説明書きの書類、お薬手帳などのコピーをお持ち下さい。