

# 特別養護老人ホームひかり苑 入所申込書



申込番号

申込日 年 月 日

ふりがな			□男	生年 月日	□明治 □大正 □昭和			
利用者氏名	様		□女		年 月 日 ( 歳)			
現住所					電話	( ) -		
現在いるところ	□ 自宅 □ 病院 □ 介護保険施設 □ その他の施設							
病院もしくは施設の名称					電話	( ) -		
申込者 (当施設からの連絡に使用します)	氏名			続柄		電話	( ) -	
	住所 〒	区 市		町				
ご家族	氏名			続柄		○ — □		
	氏名			続柄				
	氏名			続柄				
介護保険	保険者	□東村山市 □その他の区市町村 ( )						
	被保険者番号							生活保護 □あり □なし
	要介護区分	□1 □2 □3 □4 □5 □現在申請中						
	*要介護1又は2の方は、特養以外での生活が著しく困難である事情を記入すること							
	・認知症により常時見守りが必要      ・精神障害や知的障害等により、地域での生活が困難 ・虐待により心身の安全確保が必要      ・その他：							
	有効期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日						
	ケアマネジャー			事業所名				
状 況	同居の方	□一人暮らし □ご夫婦のみ □ご夫婦以外の同居者がいる						
	主な介護者	□いる □いない / □病気がる □仕事している □障害がある						
	介護を手伝う方	□いる □いない / 手伝う方：□親族 □近所の方 □その他：						
	住宅環境	□生活する自宅がない □介護環境が整えない						
		□入浴やトイレが使用できない □その他：						
	身体状況	□独歩 □つたい歩き □杖歩行 □歩行器 □車椅子（自走・介助）						
	認知症の状況	□徘徊 □奇声大声 □妄想・幻覚 □不潔行為 □その他：						
特別な医療	□吸引 □注射 □点滴 □褥瘡の処置 □その他：							
現在利用している介護保険サービス	□ 訪問介護（ホームヘルプサービス）      □ 短期入所（ショートステイサービス） □ 通所介護（デイサービス）      □ 訪問看護 □ 通所リハビリ（ディケアサービス）      □ その他のサービス ( )							

私は、貴施設の入所に関する方法や手続きについて説明を受けました。この申込書にある内容を  
 保険者・地域包括支援センター・指定するケアマネジャーへ提供することに同意します。

また、貴施設へ入所が決定した場合は、保険者・市内の介護老人福祉施設へ入所決定したことを、  
 通知することに同意します。

特別養護老人ホーム 施設長 殿  
 年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_ 印  
 ※裏面あり

※わかる範囲で結構ですので現在の状況をお知らせください。該当する箇所に○をつけてください。

身体状況と日常生活動作			
※ 身体状況	麻痺    なし    ・    あり       [    上肢    右    ・    左    ]       [    下肢    右    ・    左    ]		
	※備考（機能障害など）	身長 cm	体重 kg
視力	普通    ・    見えにくい    ・    ほとんど見えない    ・    見えない	※備考（老眼鏡や補聴器など）	
聴力	普通    ・    聞こえにくい    ・    ほとんど聞こえない    ・    聞こえない		
※ 移動方法	独歩    ・    伝い歩き    ・    杖歩行    ・    歩行器    ・    車椅子	※備考（歩行状態や転倒歴など）	
移動動作	自立    ・    見守り    ・    一部介助    ・    全介助		
※ 食事形態	常食    ・    お粥    ・    ミキサー粥    ・    （おかず）    一口大    ・    柔らか目    ・    刻み食		
食事状況	自立    ・    見守り    ・    一部介助    ・    全介助    ・    経管栄養（経鼻・胃瘻）    ・    その他		
	※備考（摂取量や嚥下状態など）		
※ 排泄方法	トイレ    ・    おむつ    ・    バルーンカテーテル    ・    ホータイプカテーテル    ・    尿器    ・    膀胱瘻		
排泄動作	自立    ・    声掛け見守り    ・    一部介助    ・    全介助		
	※備考（排泄状況など）		
※ 認知症について（介護や見守りを要する認知症の症状など）			
※ 疾病について（既往症や投薬内容、介護や看護を要する疾病や医療行為など）			
○その他お困りの事や相談したいことがございましたら自由にご記入ください。			