

令和 年 月 日

## 入 所 申 込 書

社会福祉法人 三和会  
特別養護老人ホームあじさい苑  
施設長 桑田 恵美子 様

申込者氏名 (本人) \_\_\_\_\_ 印  
〒 \_\_\_\_\_  
住所 \_\_\_\_\_  
TEL \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

私は、特別養護老人ホームあじさい苑の介護老人福祉施設サービスの利用を希望  
しますので、申し込み致します。

### 記

- 1 介護保険被保険者証の写し
- 2 認定調査票 (概況調査・基本調査・特記事項) 及び主治医意見書の写し
- 3 利用者調書

### 連絡先

氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_  
〒 \_\_\_\_\_  
住所 \_\_\_\_\_  
電話番号 \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

利用者調査 1

特別養護老人ホームあじさい苑  
令和 年 月 日 記入

ふりがな 利用者氏名	男・女	生年月日	明・大・昭	年 月 日	歳
現住所	〒	電話番号	自宅 携帯		
介護保険被保険者番号	介護度			保険者市町村名	
	1 2 3 4 5				
認定有効期限	申請中・未申請	介護認定が出ていない理由			
年 月 日 ~ 年 月 日					
ふりがな 家族等氏名		家族等住所	〒		
電話番号	自宅 携帯	続柄			
ふりがな 家族等氏名		家族等住所	〒		
電話番号	自宅 携帯	続柄			
病気・障害歴	(できるだけ詳しく記入してください)				
現在の状況 施設名	独居・自宅介護(デイサービス・デイケア・ショート利用を含む) 老健入所・病院・その他 入所年数 年 ヶ月				
介護協力	介護協力者の人数( )人 就労等で介護困難 介護者の年齢( )歳 他の要介護者あり 家族有りだが独居 完全独居				
現在の様子	なんとかか自立 見守り・指導 身体介助あり 身体介助多い 半寝たきり 寝たきり 目が離せない その他				
排泄	トイレ・ポーター トイレ誘導 トイレで介助 リハビリパンツ おむつ介助 不潔行為あり バルーンカテーテル その他				
移動	ほぼ安定歩行 杖・シルバーカー 不安定歩行 車椅子自力移動 車椅子介助移動 徘徊行為あり 寝たきり その他				
精神状態	普通 統合失調症 不安・依存 被害妄想 暴行・破壊 幻覚・せん妄・分裂 暴言 介護拒否 その他				
認知	なし 軽度 中度 重度 障害・麻痺 有・無 ( )				
会話・疎通	可能 やや不自由 かなり困難 ほぼ不可能 視力 年齢相応 弱視 盲目				
聴力	なし 少し介助 やや遠い 難聴 性格 問題なし 攻撃的 無気力 拒否的				
摂食障害	普通食 おかゆ・刻み食 完全介助 燕下困難 経管栄養 胃ろう その他				
食事内容	在宅酸素 インシュリン注射 透折 人工肛門 胃ろう・経管 極端な偏食				
医療行為	在宅酸素 インシュリン注射 透折 人工肛門 経管・胃ろう 喀痰吸引 点滴・IVH その他				
月間収入	(年金の種類)				
	家系図				
介護協力者の人数・年齢・続柄・状況など					



4、寝具について、当てはまるものすべてに○をつけてください。

- ・固定式ベッド
- ・低床ベッド
- ・エアーマット
- ・低反発マット
- ・ムアツマット

5、歩行について該当する項目に○を付けてください。

- ( ) 自立歩行可能で転倒の危険性もほとんどない
  - ( ) 自立歩行しているが、ふらつきがあり転倒の危険性が高い
  - ( ) 杖やシルバーカーを使用し、自立歩行している
  - ( ) 杖やシルバーカーを使用しているが、転倒の危険性高く、歩行時見守りや付き添いが必要である
  - ( ) 介助や手すりがあれば立ち上がることは可能だが、日常的には車椅子を使用
  - ( ) 立ち上がりは介助でも困難で、車椅子を使用している
  - ( ) 異動のほとんどを這って行っている
  - ( ) 室内はつたい歩きや杖などで歩行しているが、外出時は椅子を使用
  - ( ) 調子の良いとき悪いときがあり、そのときにあわせて歩行スタイルを検討
  - ( ) その他 ( )
- 6、日中の過ごし方について
- ( ) ほとんど起きて生活している
  - ( ) 何時間が横になることはあるが、ほとんど起きて生活している
  - ( ) 食事やおやつ以外はほとんど横になって生活している
  - ( ) 食事も寝室で摂りベッドで過ごすことが主となっている
  - ( ) その他 ( )

IV医療面についてお聞きします。

1、当てはまる事項に○をつけ、必要事項を記入してください。

病名	発症年月日	病名	発症年月日
脳梗塞		アルツハイマー	
脳内出血		老人性認知症	
脳血栓		高血圧	
くも膜下出血		高脂血症	
心筋梗塞		喘息	
糖尿病		精神疾患	
リウマチ		心不全	
パーキンソン			

2、皮膚の状態や身体の麻痺等についてお聞きします。

- ( ) 身体の麻痺 ・右半身 ・左半身 ・上半身 ・下半身 ・その他
- ( ) 筋力低下 ・右手 ・左手 ・右足 ・左足 ・両手 ・両足 ・その他
- ( ) 床ずれ ・臀部 ・頭部 ・背中 ・肘 ・かかと ・腰部 ・その他
- ( ) 皮膚 ・手や足の水虫 ・疥癬 ・その他

3、精神状態についてお聞きします。該当するもの全てに○をつけてください。

- ① 物を盗られたと被害的になる (ときどき・よくある・我慢できない)
- ② 実際にないものが見えたり聞こえたりする (ときどき・よくある・我慢できない)
- ③ 作話をし、周囲に言いふらすことがある (ときどき・よくある・我慢できない)
- ④ 泣いたり笑ったりして感情不安定になる (ときどき・よくある・我慢できない)
- ⑤ 夜間不眠、または昼夜の逆転がある (ときどき・よくある・我慢できない)
- ⑥ 暴言暴行がある (ときどき・よくある・我慢できない)
- ⑦ 同じ話をくりかえし、不快な音を立てることがある (ときどき・よくある・我慢できない)
- ⑧ 大声を出すことがある (ときどき・よくある・我慢できない)
- ⑨ 一人で外に出たがり目が離せない (ときどき・よくある・我慢できない)
- ⑩ 不潔な行為を行うことがある (ときどき・よくある・我慢できない)
- ⑪ 食べられないものを口に入れることがある (ときどき・よくある・我慢できない)
- ⑫ ひどいもの忘れがある (ときどき・よくある・我慢できない)

特記事項

\* 特に早期入所を希望される方は、希望する理由、ご家族の状況などを詳しく記入下さい。

---

---

---

---

---

---

～調査項目は以上です。ご協力ありがとうございました～

\*この利用者調査は、特別養護老人ホームあじさい苑の入所申し込みのみに使用され個人情報厳守します。

申込者(連絡先)今後、郵便物などはこの連絡先にお送りさせていただきます。

申込日	令和 年 月 日
受付日	令和 年 月 日

〒	
住所	
氏名	
電話	

特別養護老人ホームに入所したいので、次のとおり申し込みます。

申し込み先 (入所希望施設)	保険者	
(フリガナ)	性別	被保険者番号
氏名	男・女	要介護度
生年月日	明・大・昭 年 月 日( )歳	要介護認定期間
現住所	〒	
現況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人で暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 特養などの施設や病院に入っている 「施設や病院等に入っている方」は記入して下さい。 <input type="checkbox"/> 施設名又は病院名: _____ <input type="checkbox"/> 所在地(市区名のみ) _____ <input type="checkbox"/> 入所又は入院時期: 平成 年 月 から入所・入院している	
入所希望者の状況	入所を希望する理由(該当するものすべてを選んで下さい) 1. 入所申込ができるのは原則として要介護度3以上の方です。 (要介護度1・2の方については、入所を必要とするやむを得ない理由が必要となることから、次の2欄も回答してください。) <input type="checkbox"/> 介護する者がいないため。 <input type="checkbox"/> 介護する者がいないため。 <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」、「障害」、「疾病」等により十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 介護者が就労していることから、十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 介護者の身体的・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"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所を求められているが、自宅での介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> その他( ) _____ 2. 要介護度1・2の方については、以下該当するものを回答してください。 <input type="checkbox"/> 認知症である者であって、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる。 <input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られる。 <input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全・安心確保が困難である。 <input type="checkbox"/> 単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である等により家族等による支援が期待できず、かつ、地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分である。	
入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 平成 年 月頃までに入所したい <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> その他( ) _____ 【現在治療中の病気・特記事項等】	
医療の状況		
申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込み込む。 <input type="checkbox"/> 他の施設も申し込み込んでいる、又は今後他の施設も申し込み予定。 <input type="checkbox"/> 既に申し込み込んでいる他の施設名 ( ) ( ) ( ) ( ) <input type="checkbox"/> 今後申し込み込む予定の他の施設名 ( ) ( ) ( ) ( )	
(フリガナ)	性別	本人との関係
氏名	男・女	生年月日
同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している(住所: _____) 【介護をしているうえで困っていること等】	
意見		
主たる介護者		