

社会福祉法人宏正会 入所利用申込書

利用希望事業所に☑を入れてください □ 特養 □ショートステイ □グループホーム □看護小規模・住宅型有料

フリガナ						生年月日	明治 大正 年 月 日 昭和					
利用者氏名					男・女	生年月日	大正 年 月 日 昭和					
現住所	(〒 -)				TEL							
居住状況	<input type="checkbox"/> 同居世帯 <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯											
第一連絡先	フリガナ				男・女	続柄	生年月日	大正				
	氏名							昭和 年 月 日	平成			
	住所	(〒 -)				TEL						
	緊急連絡先		(昼間)		(夜間)							
第二連絡先	フリガナ				男・女	続柄	生年月日	大正				
	氏名							昭和 年 月 日	平成			
	住所	(〒 -)				TEL						
	緊急連絡先		(昼間)		(夜間)							
御家族について	氏名	続柄	年齢	同居	備考	職業	医療保険	1.国保	2.社保	本人	3.その他	
				有・無						家族	()	
				有・無				障害者手帳	有・無	(等級)	級	種
				有・無						(障害種)		
	※備考欄に主介護者の方は◎、副介護者の方は○を付けて下さい。						年金受給	有・無	<input type="checkbox"/> 国民 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 厚生 <input type="checkbox"/> その他() (月額 円程度)			
						生活保護 (住宅型有料老人ホームは対応)	<input type="checkbox"/> 受給中	生計	<input type="checkbox"/> 独立 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 共同			
要介護状態区分 ○を付けてください			1	2	3	4	5	要支援 1 2				
介護保険認定有効期間			年 月 日～		年 月 日							
介護保険番号		ケアプラン依頼事業所			担当ケアマネージャー							
現在利用中のサービスにチェックを付けて下さい。 <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> ホームヘルプ <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> ショートステイ(特養・老健) <input type="checkbox"/> 老人保健施設入所中(施設名) <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 入院中() <input type="checkbox"/> 退院リミット() <input type="checkbox"/> 配食サービス <input type="checkbox"/> 紙おむつ給付												

視力	□見える(□眼鏡使用) □少し見えにくい→ 右・左 □ほとんど見えない→ 右・左					
聴力	□人の話が聞こえる □補聴器使用(右・左) □耳元で話せば聞こえる(右・左) □ほとんど聞こえない(右・左)					
言語	□日常会話に不自由はない □やや不自由					
歩行	□一人で歩ける(□杖使用) □器具や介助が必要(□歩行器 □介助歩行) □車椅子(□自走 □半介助)					
食事	内容	□一人で食べられる(箸・スプーン・フォーク) □一部介助が必要				
		主食 □普通食 □お粥 □ミキサー □その他()				
		副食 □普通食 □刻み □極刻み □ミキサー □その他()				
		咀嚼 □自歯 □義歯(上下・上のみ・下のみ・部分) □歯茎のみ				
		アレルギーの出る食物 □無 □有()				
		苦手な食物 □無 □有()				
		牛乳 □無 □有()				
嗜好品	喫煙	□無 □有(1日 本)	飲酒	□無 □有(1日)	その他	
入浴	□一人で出来る □一部介助		排泄	□自立 □一部介助が必要(パット・紙パンツ) □排泄器具使用(ポータブルトイレ・尿器) □おむつ(常時・夜間のみ)(パット・紙パンツ)		
衣類の着脱	□一人で出来る □一部介助					
洗面	□一人で出来る □一部介助		排便	□一日に一度ある(自然便・薬等でコントロール) □その他()		
性格	□朗らか □神経質 □のん気 □世話好き □無 □わがまま □頑固 □怒りやすい □その他()					
理解力	□よくわかる □少しわからない時がある □わからない時が多い □全く理解できない □その他()					
対人関係	□集団生活ができる □誰とでも気さくに話ができる □人見知りをする □にぎやかな場所が好き □一人でのいるのが苦にならない					
少しでもエッてクはをまけるけもての下にさい	<input type="checkbox"/> 最近のことをよく忘れる <input type="checkbox"/> 日にちがわからない <input type="checkbox"/> 時間がわからない <input type="checkbox"/> 自分の部屋がわからないことがある <input type="checkbox"/> 自分の持ち物を意味もなくよく整理している <input type="checkbox"/> 食事をした事を覚えていないことがある <input type="checkbox"/> 物忘れ、置忘れがある <input type="checkbox"/> 時々おかしなことを言う <input type="checkbox"/> 目的もなく外へ出ることがある <input type="checkbox"/> 金銭管理ができない <input type="checkbox"/> 独り言を言うことがある <input type="checkbox"/> 食事以外でも口に入れてしまう <input type="checkbox"/> 身体のことを気になり薬・医者に頼る <input type="checkbox"/> 幻聴・幻覚がある <input type="checkbox"/> 被害者妄想的なところがある <input type="checkbox"/> 依存心が強い <input type="checkbox"/> 自分からすすんで動こうとしない <input type="checkbox"/> 大声を出すことがある <input type="checkbox"/> 目的もなく歩きまわることがある <input type="checkbox"/> 攻撃的な言動をはく <input type="checkbox"/> 他人に暴力をふるう <input type="checkbox"/> 乱暴なふるまいを行う <input type="checkbox"/> 自分の衣類を破いたりする <input type="checkbox"/> 自分の体を傷つける <input type="checkbox"/> 火の始末ができない <input type="checkbox"/> 昼夜逆転することがある					

主に利用する病院	病院、診療所の名称	主治医名	TEL	受診日数	受診状況
				月・週 回・不定期	往診・通院・薬のみ
				月・週 回・不定期	往診・通院・薬のみ
				月・週 回・不定期	往診・通院・薬のみ
				月・週 回・不定期	往診・通院・薬のみ
病歴・現症等					
	障害高齢者自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2			
	認知症高齢者自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M			
	認知症	症状	有・無	診断名	
職歴 生活歴					
申込理由					
<p>御家族からみた御本人の日常生活の状態と、入所後の施設への御希望等があればお書き下さい。</p> <p style="text-align: right;">申請年月日 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申請者</p>					

特養希望の方のみこちらへも記入をお願いします。

介護をする者がいないため

入居を希望する理由
を選択してください

- 介護者が「高齢」「障害」「疾病」等により十分な介護が困難なため
- 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
- 介護者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護が困難なため
- 住環境の事情により十分な介護が困難なため
- 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
- その他（

要介護1又は2で入所
申込の方は上記以外
の理由あればご記入
ください。

ご本人の住宅の状況について教えてください。該当するものに○をしてください。

住居の形態	持ち家・借家		平屋・2階建て・マンション		間取り	DK
	本人居室	有（専用・兼用）・無	和室（畳）・洋室（フローリング）		布団・ベッド	
		広さ	畳	トイレ	和式・様式・Pトイレ・その他（ ）	

ご本人が主に過ごされている部屋の間取りを簡単に描いてください。
定規を使って書く必要はありません。ベッドの位置などわかる範囲でお願いします。



特記事項あればご記入ください。

入所申込に関するお問い合わせ
社会福祉法人宏正会
担当：濱岡・田口まで