

指定介護老人福祉施設 新清快園

入所申込書 兼 調査票

収
受

申込日 平成 年 月 日

申込者	氏名	〒 _____		入所希望者との関係	
	住所	〒 _____		電話	
入所希望者	フリガナ		性別	生年月日	年齢
	氏名		男・女	明治 大正 昭和 年 月 日	歳
	住所	〒 _____ 電話 _____			
入所希望時期	<input type="checkbox"/> すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 1年以内に入所したい <input type="checkbox"/> いつか入所したい(平成 年 月 頃)				
現在の所在	<input type="checkbox"/> 在宅で生活している <input type="checkbox"/> 病院 [_____ HP] <input type="checkbox"/> 老健施設 [_____] <input type="checkbox"/> 他施設 [_____] 施設・医療機関等の場合 → 平成 年 月 日～入所(入院)				
介護保険	被保険者番号(_____) 保険者名(_____) 保険者番号(_____)				
	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 認定期間(平成 年 月 日～平成 年 月 日)				
認知症の状態	<input type="checkbox"/> 常に介護や見守りが必要 <input type="checkbox"/> 少々の認知力低下があるが日常生活はほぼ自立 <input type="checkbox"/> 時々介護や見守りが必要 <input type="checkbox"/> 特に問題なし				
同居者について	<input type="checkbox"/> ひとりで暮らしている <input type="checkbox"/> 夫婦で暮らしている(相手の方の年齢 _____ 歳) <input type="checkbox"/> 夫婦以外に同居者がいる(相手の方との関係 _____)				
主たる介護者の状況	<input type="checkbox"/> 身寄りも介護者も全くいない <input type="checkbox"/> 主たる介護者が高齢、疾病や障害により療養中である <input type="checkbox"/> 主たる介護者が複数の要介護者を介護している <input type="checkbox"/> 主たる介護者が育児中又は就労している <input type="checkbox"/> 主たる介護者が遠方である <input type="checkbox"/> 上記に該当なし				
	主たる介護者 氏名 _____ (続柄 _____) 生年月日 _____ 年 月 日 (_____ 歳) <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居:住所 _____				
	<input type="checkbox"/> 介護に大きな負担感があり、実際に怒鳴ったり、手を出してしまうことがある <input type="checkbox"/> 怒鳴ったりはしないが、常にストレスを感じている <input type="checkbox"/> 時々ストレスを感じるが、息抜きをすることができる <input type="checkbox"/> 本人と介護者の関係が良好ではない <input type="checkbox"/> 特に負担はない				
住居の状況	介護を手伝う方は <input type="checkbox"/> いる → <input type="checkbox"/> 同居家族 <input type="checkbox"/> 同居以外の家族 <input type="checkbox"/> その他の方 <input type="checkbox"/> いない				
	<input type="checkbox"/> 住居がない <input type="checkbox"/> 住宅の構造上、介護者の負担が大きい <input type="checkbox"/> 立ち退きを求められている <input type="checkbox"/> 住宅の構造上、十分な介護ができない <input type="checkbox"/> 特に問題なし				

* 裏面もご記入ください

指定介護老人福祉施設 新清快園 入所申込書兼調査票（裏面）

入所申し込み理由（入所に関する本人と家族の気持ち等、必ずご記入ください）	
生活保護	無、廃止、有【扶助（生活・介護・医療）、その他（ ）】
収入状況	年金の種類・種別（ ）／ その他（ ） 収入金額：¥ 円（1ヶ月分）
医療保険	国保 健保 / 各種医療証（ 障害 無 ） / 減免認定証（ ）
手帳類	無 身障（ 級 第 種 ） / その他（ ）
歩行（移動）と移乗	1. 歩行状況 … <input type="checkbox"/> 単独歩行（自立・伝わり） <input type="checkbox"/> 補助歩行（杖・シルバーカー・手引き） <input type="checkbox"/> 車椅子（自操・補助） <input type="checkbox"/> 寝たきり
	2. 移乗状況 … <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助
食 事	1. 動作状況 … <input type="checkbox"/> 自立、 <input type="checkbox"/> 部分介助、 <input type="checkbox"/> 全介助
	2. 食事形態 ; 主食 … <input type="checkbox"/> 御飯、 <input type="checkbox"/> 粥、 <input type="checkbox"/> 流動 副食 … <input type="checkbox"/> 普通、 <input type="checkbox"/> 刻み、 <input type="checkbox"/> 流動
排 泄	1. 動作状況 … <input type="checkbox"/> 自立、 <input type="checkbox"/> 部分介助、 <input type="checkbox"/> 全介助
	2. 排泄形態 ; 昼間 … <input type="checkbox"/> トイレ、 <input type="checkbox"/> おむつ、 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ 夜間 … <input type="checkbox"/> トイレ、 <input type="checkbox"/> おむつ、 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ
入 浴	<input type="checkbox"/> 自立、 <input type="checkbox"/> 部分介助、 <input type="checkbox"/> 全介助
衣類の着脱	<input type="checkbox"/> 自立、 <input type="checkbox"/> 部分介助、 <input type="checkbox"/> 全介助
医療状況（医療的処置の有無等）	
在宅サービスについて	1. 在宅サービスを <input type="checkbox"/> 受けている <input type="checkbox"/> 受けていない
	2. 相談できる介護支援専門員は、 <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる → ①介護支援専門員の氏名 _____ ②事業所の名称 _____ 電話番号 _____
その他、特記事項がございましたらご記入ください。	

特別養護老人ホーム 新清快園 施設長 様

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、在宅介護支援センター、指定するケアマネージャーへ情報提供することに同意します。

平成 年 月 日

氏名 _____ 印

問い合わせ先 新清快園相談室 042-588-8870