

社会福祉法人十和の会  
特別養護老人ホーム にじいろあすなる

「にじいろあすなる」に入所を希望しますので、次のとおり申し込みます。

入所申込書（1）

申込年月日	年 月 日	申込者	様		
入所者ご本人	ふりがな		性別	生年月日	年齢
	名前		男・女	年 月	歳
	住所	〒		連絡先	( ) - ( ) -
	要介護度	要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5 申請中 ※該当するものを○で囲んでください。			
申込者 キーパーソン (身元保証人)	ふりがな		性別	続柄	自宅
	名前		男・女		( ) -
	住所	〒		連絡先	携帯電話 ( ) -
緊急連絡先 (ご家族)	氏名	続柄	住所		連絡先
入居希望者様 現在の生活状況	<input type="checkbox"/> 一人で生活している				
	<input type="checkbox"/> 家族の介護を受けている 主介護者 ( ) 様) 続柄				
	<input type="checkbox"/> 就労している <input type="checkbox"/> 就労していない <input type="checkbox"/> 6時間以上 <input type="checkbox"/> パート				
	<input type="checkbox"/> 介護サービスを利用している ケアプラン担当事業所 ( ) 担当ケアマネージャー ( )				
<input type="checkbox"/> 病院や施設で過ごしている 病院・施設名 ( )					
現在の介護状況 入所希望の理由 (具体的にお書きください)					
健康状態	既往歴		障がい	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 級 種類	
	かかりつけ病院・主治医		特定疾患	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (病名	
	現在治療している病気		被爆者手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
入所の希望時期					
<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> すぐではないが、申込はしておきたい					
面談等の連絡先					
<input type="checkbox"/> 家族へ直接連絡して欲しい <input type="checkbox"/> 関係事業所、相談員等へ連絡して欲しい 所属名称 ( ) 連絡先 ( )    - 担当者：					
				受付日	年 月 日
				受付者	

入所申込書 (2)

入居希望者の状況を教えてください。

※該当する□にレ印の上、状況をご記入ください。

現在の状況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らしをしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 特養・老健などの施設や病院に入っている 施設または病院名 ( ) 所在地 ( )	
入居を希望する理由 (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 介護する者がいないため <input type="checkbox"/> 介護する者が就労していて介護することが困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者の身体的・精神的負担が大きいいため <input type="checkbox"/> 介護する者が高齢・障がい・病気等により介護することが困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者が遠く離れたところに住んでいるため <input type="checkbox"/> その他 ( )	
医療に関する状況	現在治療中の病気 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有・病名 ( ) <hr/> 特別な医療的対応 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> ストーマ（人工肛門） <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> じょく瘡の処置 <input type="checkbox"/> 点滴の管理	
医療に関する状況	<input type="checkbox"/> 該当なし <hr/> 該当ありの場合は、下の特異行動欄・発生頻度欄にレ印をお願いします。 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 不穏行動 <input type="checkbox"/> 自傷行為 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
介護に関する状況	飲水食事 排泄 入浴 歩行 視力 聴力 意思の伝達	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや見えにくい <input type="checkbox"/> 見えない <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや聞こえにくい <input type="checkbox"/> 聞こえない <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや伝えにくい <input type="checkbox"/> 伝えられない
介護協力者の有無	<input type="checkbox"/> 協力してくれる人がいない <input type="checkbox"/> 親族以外の協力者（近隣者）がいる <input type="checkbox"/> 同居以外の親族に協力者がいる <input type="checkbox"/> 同居親族に協力者がいる	

家族構成

