

新潟南福祉会 特別養護老人ホーム 入所申込書

申込者連絡先

申込者氏名	(フリガナ) ----- (続柄)
住所	〒
電話番号	— —
携帯電話	— —

貴施設に入所したいので、次のとおり申し込みます。

入所希望者氏名	(フリガナ) -----	性別	男 ・ 女
		生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日(歳)
現住所	〒 Tel. — —		
	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ(記入省略)		
介護保険	被保険者番号		認定有効期間
	要介護度	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	令和 年 月 日~令和 年 月 日
入所の意向	法人内3施設の入所希望順位		
	<input type="checkbox"/> 特に希望なし <input type="checkbox"/> 希望順位あり→ 虹の里(番) 花見の里(番) 黒崎の里(番)		
	居室の希望		
	<input type="checkbox"/> 特に希望なし <input type="checkbox"/> 4人部屋 <input type="checkbox"/> 従来型個室 <input type="checkbox"/> ユニット型個室		

現況

所在	<input type="checkbox"/> 在宅(独居・同居) <input type="checkbox"/> 施設(病院)に入所中 → 施設(病院)名 _____ 年 月頃~		
身体状況	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 半分介助 <input type="checkbox"/> すべて介助 <input type="checkbox"/> 経管栄養(管からの食事) <input type="checkbox"/> 点滴	
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 半分介助 <input type="checkbox"/> すべて介助 使用下着(布パンツ・紙パンツ・紙オムツ)	
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 半分介助 <input type="checkbox"/> すべて介助	
	移動	<input type="checkbox"/> 自分で歩く <input type="checkbox"/> 杖や歩行器を使って歩く <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ベッド上でのみ過ごす	
	移乗	* 車いすを使用している方のみ <input type="checkbox"/> 自分で車いすに乗る <input type="checkbox"/> 介助にて乗る	
	認知症	* 認知症により現在出現している症状があったら、お書き下さい(例: 落ち着きなく動き回る 等)。	
	既往歴 (今までにかかった、大きな病気)	年 月頃	年 月頃

特記事項(ご家族の状況も含め、現在困っていることや施設入所を希望される理由等)

新潟南福祉会 特別養護老人ホーム 入所申込書

申込者連絡先

記入例

申込者氏名	(フリガナ) クロサキ タロウ 黒崎 太郎 (続柄 長男)
住所	〒950-1112 新潟市西区金巻728番地
電話番号	0256 — 86 — 3770

貴施設に入所したいので、次のとおり申し込みます。

入所希望者氏名	(フリガナ) クロサキ ハナコ 黒崎 花子	性別	男 <input type="checkbox"/> 女 <input checked="" type="checkbox"/>
		生年月日	明治・ 大正 ・昭和12年4月1日 (86歳)
現住所	〒 ※申請者と異なる場合のみご記入下さい TEL — —		
介護保険	被保険者番号	0 0 0 1 0 2 3 4 5 6	認定有効期間
	要介護度	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	平成23年10月1日～平成25年9月30日
入所の意向	法人内3施設の入所希望順位		
	<input type="checkbox"/> 特に希望なし <input checked="" type="checkbox"/> 希望順位あり → 虹の里(3番) 花見の里(2番) 黒崎の里(1番)		
	居室の希望		
	<input type="checkbox"/> 特に希望なし <input checked="" type="checkbox"/> 4人部屋 <input type="checkbox"/> 従来型個室 <input type="checkbox"/> ユニット型個室(黒崎の里にはありません)		

現況

所在	<input type="checkbox"/> 在宅(独居・同居) <input type="checkbox"/> 施設(病院)に入所中 → 施設(病院)名 <u>〇〇苑</u> R2年4月頃～		
身体状況	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 半分介助 <input type="checkbox"/> すべて介助 <input type="checkbox"/> 経管栄養(管からの食事) <input type="checkbox"/> 点滴	
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 半分介助 <input type="checkbox"/> すべて介助 使用下着(布パンツ・紙パンツ・紙オムツ)	
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 半分介助 <input type="checkbox"/> すべて介助	
	移動	<input type="checkbox"/> 自分で歩く <input checked="" type="checkbox"/> 杖や歩行器を使って歩く <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ベッド上でのみ過ごす	
	移乗	* 車いすを使用している方のみ <input type="checkbox"/> 自分で車いすに乗る <input checked="" type="checkbox"/> 介助にて乗る	
	認知症	* 認知症により現在出現している症状があったら、お書き下さい(例: 落ち着きなく動き回る 等)。 ・夕方になると落ち着きがなくなり、園内を歩き回っている。 ・家族の顔が認識できなくなった …等	
既往歴 (今までにかかった、大きな病気)	脳梗塞	R1年 10月頃	年 月 頃
	右大腿部頸部骨折	R2年 4月頃	年 月 頃
	アルツハイマー型認知症	H30年 4月頃	年 月 頃

特記事項(ご家族の状況も含め、現在困っていることや施設入所を希望される理由等)

主介護者である夫も持病があり、同居家族は仕事で不在となるため日中の介護に不安があります。徐々に身体機能が低下してきていて、日常生活全般に介助が必要であり、自宅での生活が困難な状況です。