

**【社会福祉法人千代田会 特別養護老人ホーム喜久寿苑 入所申込書】**

申込み日	令和 年 月 日	要介護度 1, 2, 3, 4, 5			
利用者氏名 (フリガナ)	男 女	生年月日	M T S	年 月 日 ( 歳)	
現住所	自宅TEL ( ) -				
申込者名 (記入者) (フリガナ) ( 歳)	男 女	続柄	屋間の連絡先 (勤務先) ( ) -		
申込者住所 〒	自宅TEL ( ) - 携帯電話 - -				
血 縁 関 係	氏名	続柄	年齢	連 絡 先	生活状況
□—○					同居・別居
					同居・別居
					同居・別居
					同居・別居
					同居・別居
					同居・別居
<input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居 (介護者が有、無) <input type="checkbox"/> その他					
現在利用のサービス 現在の居所	① 利用サービス名 (デイ・デイケア・ショート・訪問)、 回/週 ② 入院、入所中の方は病院・施設名  いつから 年 月 日から				
相談窓口・紹介事業所	(居宅介護支援事業所)		(介護支援専門員名)		
主治医	(病院名)		(医師名)		
介護保険者証 (記載内容)	被保険者番号：		保険者 (市町村)：		
	【認定年月日】		【有効期限】		
令和 年 月 日 令和 年 月 日 ~ 年 月 日					
収入状況	年金 ( 国民、厚生、遺族、障害者 ) その他、生活保護 約 円/2ヶ月				
支払い方法 (予定)	<input type="checkbox"/> 本人預金 <input type="checkbox"/> 配偶者の年金 <input type="checkbox"/> 家族負担				
介護保険負担限度額認定	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 第1段階 食費300円    第2段階 食費390円    第3段階 食費650円 )				
申込状況	<input type="checkbox"/> 他施設にも申し込んでいる/申し込む予定 ( 施設)				
情報について	社会福祉法人千代田会全体で共有をしてもよろしいでしょうか (はい、 いいえ)				
受付職員	職名：		氏名：		Ⓜ

入所申込理由

項 目	基 本 情 報	
食 事	経管栄養： 鼻腔 胃ろう なし 主食形態： 普通食 ミックス 粥食 その他（ ） 副食形態： 普通食 刻み 極刻み ミキサー その他（ ） 摂取状況： 自立 一部介助 全介助 箸 スプーン その他（ ） 嚥下状況： ムセこみ 有 無 嗜好： 好きなもの 嫌いなもの 特記事項：	
排 泄	状 況： トイレ（自立・誘導・一部介助・全介助） ポータブル（自立・誘導・一部介助・全介助） オムツ（昼・夜） パット（有・無） 種 別（パンツタイプ） 回 数：日中 回位、夜間 回位、1日 回位、尿意：ある なし	
入 浴	入浴種別： 一般浴 椅子浴 特殊浴（寝台） 洗身洗髪： 自立 一部介助 全介助 入浴に関する特記事項：	
歩行等状態	独歩 杖、手すり歩行（つたい歩き） 押し車 車椅子 歩行不可	
移 乗	使用種別： 車椅子使用（自走型・介助型）リクライニング型車椅子使用 自 走：（不・可） 移乗状況： 自立 見守り 一部可 半介助 全介助 立 位：（不・可） つかまり立ち：（不・可） 体位変換：（不・可） つかまり：（不・可） その他特記事項：	
口 腔	自 歯： 無・有（本） 義 歯： 無・有（上下、上、下、部分） 口腔清潔： 歯みがき（自立・介助） 拭取り、うがい（吐き出し 可・不）	
更 衣	動 作： 自立 見守り 一部介助 動作協力（有・無） 全介助	
そ の 他	言 語： 普通 聞き取りにくい（声が小さい、呂律が回らない） 睡 眠： 良好 不眠気味（内服薬眠剤： あり なし） 視 力： 普通 やや見えにくい 見えない（眼鏡使用：あり なし） 聴 力： 普通 やや聞こえにくい 難聴（補聴器使用：あり なし） 性 格： 温厚 賑やかな方が好き お話好き 短気 静かな方が好き 無口 気むずかしい 特記事項：	
既往・現病歴	病名： 病名： 病名： 病名：	時期： 時期： 時期： 時期：
内服薬	種類： 種類：	種類： 種類：
備 考	胃ろう等の希望： 有、 無、 必要になった時点での検討 認知症状： ない ある（いつ頃から、症状等）	