様式1　　令和　　年　　月　　日

特別養護老人ホームゆかり岬　入居申込書

施　設　長　様

特別養護老人ホームゆかり岬に入居したいので、次のとおり申し込みます。

（今後、郵便物などはこの連絡先にお送りさせていただきます。）

申込者・連絡先	フリガナ		入居希望者との関係	
	氏　名			
	住　所	〒　　－		
	連絡先	電話番号　　（　　）　　☐ 終日　☐ 日中のみ　☐ 夜間のみ		
		携帯電話　　（　　）　　☐ 終日　☐ 日中のみ　☐ 夜間のみ		

	保　険　者	介護保険被保険者証を交付した市区町村名　☐ 1. いすみ市 ☐ 2. その他（　　）		
	被保険者番号		介護保険被保険者証・負担割合証の写しを添付してください。	
	フリガナ		性　別	☐ 男　☐ 女　　年　齢　　歳
	氏　　名		生年月日	☐ 明治　☐ 大正　☐ 昭和 年　　月　　日
	住　　所	〒　　－		
	電話番号	（　　）		
	要介護度	☐ 要介護3　☐ 要介護4　☐ 要介護5 [認定有効期間]　平成・令和　　年　　月　　日　から　令和　　年　　月　　日まで ※申請中の場合　（申請日　令和　　年　　月　　日）		
	入居希望時期	☐ 1. なるべく早く入居したい　☐ 2. いずれ入居したい 理由：		
	待機場所	☐ 1. 在宅　☐ 2. 介護老人保健施設　☐ 3. 病院・診療所 ☐ 4. 養護老人ホーム　☐ 5. その他　　） ※2～5の場合　施設などの名：（　　） ※2～5の場合　入居・入院年月日　平成・令和　　年　　月　　日）から入居・入院		
	入居を希望する理由	あてはまるもの、ひとつだけ選択してください。 ☐ 1. 介護するものがいない。 ☐ 2. 介護するものはいるが、その者が要介護状態、高齢、病気療養中、障害を有する状況にあり、十分な介護ができない。 ☐ 3. 介護するものはいるが、就労中、複数者の介護、育児中により、十分な介護ができない。 ☐ 4. 介護するものはいるが、上記にあてはまらないものの、常時十分な介護ができない。 （理由　　）		
	認知症等による症状	様式2の生活状況等調書の「認知症等による症状」欄の1～7の項目に該当された場合のみご記入ください。 ☐ 1.　「時々ある」が1項目以上　☐ 2.　「常にある」が1項目以上		

※本入居申込書に記載された事項に変更があった場合、死亡された場合、あるいは他の特別養護老人ホーム等に入居した場合は、当施設に御連絡ください。

＊裏面（様式2）も御記入下さい

様式2

生 活 状 況 等 調 書

入 居 希 望 者 の 状 況

身体の状況

食事	☐ 1 自立　☐ 2 一部介助　☐ 3 全介助 ［食事の種類　☐ 常食　☐ 半粥　☐ 全粥　☐ ミキサー　］
排泄	☐ 1 自立　☐ 2 一部介助　☐ 3 全介助 ［おむつの使用　☐ なし　☐ 昼夜　☐ 夜間のみ　］
入浴	☐ 1 自立　☐ 2 一部介助　☐ 3 全介助　☐ 4 行っていない（清拭など）
着脱衣	☐ 1 自立　☐ 2 一部介助　☐ 3 全介助
移動	☐ 1 自立　☐ 2 一部介助　☐ 3 全介助 ［歩行　☐ つかまり歩き　☐ 杖使用　☐ 車椅子　☐ ねたきり］
視力	☐ 1 普通　☐ 2 やや悪い　☐ 3 人の動きがわかる程度
聴力	☐ 1 普通　☐ 2 やや悪い　☐ 3 大声が聞き取れる ［補聴器　☐ 使用あり］
言語	☐ 1 普通　☐ 2 聞き取りにくい　☐ 3 聞き取れない

＊ 次のような行動がある場合は、すべてにチェックを入れてください。（複数可）
なお、症状については、過去6か月程度の状態を参考としてください。

1	乱暴なふるまいを行う	☐ 時々ある	☐ 常にある
2	自分の体を傷つける	☐ 時々ある	☐ 常にある
3	火の不始末がある	☐ 時々ある	☐ 常にある
4	徘徊し迷子になったことがある	☐ 時々ある	☐ 常にある
5	興奮したり騒いだりする	☐ 時々ある	☐ 常にある
6	不潔な行為がある	☐ 時々ある	☐ 常にある
7	異食することがある	☐ 時々ある	☐ 常にある

※「時々ある」…月に1回以上行動がある場合
「常にある」…週に1回以上行動がある場合

疾病の状況

＊ 現在治療中の病気・今までかかった病気

病　名	医療機関	治療期間	既往症
		年 月 ～	年頃
		年 月 ～	年頃

☐ ストーマのケア　☐ 酸素吸入のケア　☐ 気管切開のケア　☐ 点滴
☐ 胃ろう等による栄養管理　☐ インスリン注射　☐ 喀たん吸引　☐ 尿道カテーテル
☐ その他（　　）
※「インスリン注射」を選択した場合　注射の回数　☐ 朝　☐ 昼　☐ 夕　☐ 就寝前
※「喀たん吸引」を選択した場合　吸引の頻度　☐ 日中　☐ 夜間

家 族 状 況

	氏名	性別	年齢	続柄	同居 別居	就労・健康・障害など 別居の場合は住所
主な介護者		☐ 男 ☐ 女			☐ 同 ☐ 別	
1		☐ 男 ☐ 女			☐ 同 ☐ 別	
2		☐ 男 ☐ 女			☐ 同 ☐ 別	
3		☐ 男 ☐ 女			☐ 同 ☐ 別	

担当ケアマネジャー等

氏　名	
事業所名	
電話番号	（　　）

☐ 1　当施設のみ申込む
☐ 2　他の施設に申し込んでいる又は今後申し込む予定
＊既に申し込んでいる他の施設名　（　　）
＊今後申し込む予定の他の施設名　（　　）

その他

＊生活状況等、特記すべき事項があれば記入してください。