

申込日 平成 年 月 日

申込者（連絡先）

住 所	〒		
フリガナ		電話番号	()
氏 名		携帯	- -

入 所 希 望 者 の 状 況	フリガナ		性 別	男 ・ 女			
	氏 名		住民登録	市・区・町・村			
	現 住 所	〒					
	生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和	年 月 日	(歳)			
	健康保険	種 別	記号・番号				
	年金等	種 別					
	障害者手帳等	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 手帳の種類 _____ (障害名 _____) (判定 級(度) 年 月 日)					
	介護保険	被保険者番号					
	要介護認定	<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) 年 月 日 ~ 年 月 日 (認定日 年 月 日)					
	現在利用している施設サービス等	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設、介護療養型医療施設、病院等に入所(入院)している <input type="checkbox"/> グループホーム、有料老人ホーム、養護老人ホーム等に入所(入居)している <input type="checkbox"/> 自宅で暮らしている <input type="checkbox"/> 他の特別養護老人ホームに入所している (施設に入所(入院・入居)している場合) <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:30%;">施設名又は病院名 (所在地)</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>入所又は入院期間</td> <td>年 月 日 ~</td> </tr> </table>			施設名又は病院名 (所在地)	入所又は入院期間
施設名又は病院名 (所在地)						
入所又は入院期間	年 月 日 ~						
現在利用しているサービス	<input type="checkbox"/> 訪問介護 (月 回程度) [] <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 (月 回程度) [] <input type="checkbox"/> 訪問看護 (月 回程度) [] <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション (月 回程度) [] <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 (月 回程度) [] <input type="checkbox"/> 通所介護 (月 回程度) [] <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション (月 回程度) [] <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 (月 回程度) [] <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 (月 回程度) [] <input type="checkbox"/> 夜間対応型通所介護 (月 回程度) [] <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 (月 回程度) [] <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 (月に訪問__回・通い__回・泊まり__日程度) <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与、購入 () <input type="checkbox"/> 住宅改修 (内容) <input type="checkbox"/> その他 (内容)						
※1 該当するものを全て選んでください。							
※2 []内に事業者名を記入してください。							

入 所 希 望 者 の 身 体 状 況 等	食 事 摂 取	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り(むせる・むせない) <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (食事の形態)(主食) <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 半粥 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー (副食) <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> 他() (嚥 下) <input type="checkbox"/> むせなし <input type="checkbox"/> 時々むせあり <input type="checkbox"/> 毎食むせあり																		
	排 泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (オムツの使用) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 昼夜 <input type="checkbox"/> 夜のみ (排泄の拒絶) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (尿 意) <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない (便 意) <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない																		
	入 浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助																		
	更 衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助																		
	移 動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (歩 行) <input type="checkbox"/> つかまり歩き <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> 寝たきり																		
	視 力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 人の動きが分かる程度 <input type="checkbox"/> ほとんど見えない																		
	聴 力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 大声が聞き取れる <input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない																		
	言 語	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聞き取りにくい <input type="checkbox"/> 聞き取れない																		
	補足すべき身体状況について、具体的に記載してください																			
	認知症・精神の症状	<input type="checkbox"/> 何らかの認知症を有するが、日常生活はほぼ自立している <input type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状がみられるが、誰かが注意すれば自立可能 <input type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状がみられ、介護を必要とする <input type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状が頻繁に見られ、常に介護を必要とする <input type="checkbox"/> 著しい精神症状や問題行動が見られ、専門医療を必要とする																		
	自傷行為、せん妄、徘徊、奇声、摂食異常、不潔行為、攻撃的行動、あるいは精神障害がある場合は、その状況や頻度等を具体的に記載してください。																			
	医療的処置 ※ 該当するものをすべて選んでください。 ※ わかる範囲でかまいませんので記入してください。	<input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ(人工肛門) <input type="checkbox"/> 経管栄養(鼻腔・胃ろう・腸ろう) <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 吸痰・吸引 <input type="checkbox"/> その他() (現在治療中の病気)																		
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>病 名</th> <th>入院・通院病院</th> <th>期 間</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td>年 月 ~</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td>年 月 ~</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td>年 月 ~</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td>年 月 ~</td> </tr> <tr> <td>内 服 薬</td> <td colspan="2"> </td> </tr> </tbody> </table>	病 名	入院・通院病院	期 間			年 月 ~			年 月 ~			年 月 ~			年 月 ~	内 服 薬		
病 名	入院・通院病院	期 間																		
		年 月 ~																		
		年 月 ~																		
		年 月 ~																		
		年 月 ~																		
内 服 薬																				
入所希望者の意向(入所希望者が申し込んでいる場合を除く)		<input type="checkbox"/> 入所希望者が特別養護老人ホームへの入所を希望している <input type="checkbox"/> 入所希望者は在宅での生活を希望している <input type="checkbox"/> 入所希望者の意向は確認していない又は確認できない <input type="checkbox"/> その他()																		

家族や居住等の状況	入所を希望する理由	<input type="checkbox"/> 身よりがいない若しくは家族等がいても疎遠である等介護する者がいない <input type="checkbox"/> 介護する者が、距離が離れている・入院している等の状況にあり介護ができない <input type="checkbox"/> 介護する者が、要介護状態・病気療養中等の状況にあり十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護する者が、要支援状態・高齢等の状況にあり十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護する者が、就労している状況にあり十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護する者の身体的・精神的負担が大きい <input type="checkbox"/> 車イスを使用しているが、居住の廊下の構造が適していないため介護が困難 <input type="checkbox"/> 居住の便所、浴室、階段等の構造が適していないため、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所(退院)を求められているが在宅での介護が困難 <input type="checkbox"/> 当該施設を退所し長期入院した後、退院することになったが在宅での介護が困難 <input type="checkbox"/> その他()			
	※ 該当するものをすべて選んでください。				
	同居者の状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子() <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他() ※同居者の合計 _____ 名			
	主な介護者	(フリガナ)			性別
		氏名	続柄()		男・女
		住所	〒 _____		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
		生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)		
他の介護者		<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> いない			
その他の連絡先 ※同居家族や親戚の方を記入してください	氏名	続柄()		電話	
	氏名	続柄()		電話	
その他	他施設の申込状況	<input type="checkbox"/> ぶなの園にのみ申し込んでいる <input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込んでいる(申し込む予定) (他の施設名)			
	担当ケアマネジャー	氏名	連絡先		
		事業所名			

おねがい

○入所希望者の要介護度や家族、介護者の状況など、本入所申込書に記載した事項等が変わった場合、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所された場合は、必ずぶなの園まで連絡をください。電話 0197-85-2322

○施設入所された場合でも、体調不良等による通院の際にはご家族に付き添いしていただくことになります。あらかじめ、対応される方(できる方)について、家族間・親戚間にてご確認ください。