

申込者(連絡先) 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。

申込日	令和 年 月 日
受付日	令和 年 月 日

〒	:
住所	:
氏名	:
電話	:

特別養護老人ホームに入所したいので、次のとおり申し込みます。

申し込み先 (入所希望施設)	特別養護老人ホーム 外房	性別	保険者	
(フリガナ)		性別	被保険者番号	
氏名		男・女	要介護度	1・2・3・4・5
生年月日	明・大・昭 年 月 日()歳	要介護 認定期間	年 月 日 から	年 月 日 まで
現住所	〒 —			
現況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人で暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 特養などの施設や病院に入っている 「施設や病院等に入っている方」は記入して下さい。 ◇施設名又は病院名: _____ ◇所在地(市区名のみ) _____ ◇入所又は入院時期: 平成・令和 年 月から入所・入院している			
入所希望者の 状況を 記入して下さい	1. 入所申込ができるのは原則として要介護度3以上の方です。 (要介護度1・2の方については、入所を必要とするやむを得ない理由が必要となることから 次の2欄も回答してください。) <input type="checkbox"/> 介護する者がいないため。 <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」、「障害」、「疾病」等により十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 介護者が就労していることから、十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 介護者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所を求められているが、自宅での介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> その他()			
	2. 要介護度1・2の方については、以下該当するものを回答してください。 <input type="checkbox"/> 認知症である者であって、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが 頻繁に見られる。 <input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難 さ等が頻繁に見られる。 <input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難であ る。 <input type="checkbox"/> 単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である等により家族等による支援が期待でき ず、かつ、地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分である。			
入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 年 月頃までに入所したい			
医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> その他() 【現在治療中の病気・特記事項等】			
申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込む。 <input type="checkbox"/> 他の施設も申し込んでいる、又は今後他の施設も申し込む予定。 ◇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() () ()			
主たる 介護者	(フリガナ)	性別	本人との関係	
	氏名	男・女	生年月日	大・昭・平 年 月 日
同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している(住所:			
意見	【介護をしているうえで困っていること等】			

1 本人の状況

/ / /

要介護度	要 介 護	1	2	3	4	5			
日常生活自立度	Ⅲa以上	Ⅱb	Ⅱa	I	自立				

2 主たる介護者・家族等の状況

世帯の状況	独 居	高 齢 者 世 帯	そ の 他			
介護者の年齢・続柄	年 齢	歳	・ 続 柄 ()			
介護者の介護負担	重 い	や や 重 い	軽 い	な し		
介護者の障害や疾病	介 護 困 難	多 少 困 難	介 護 可 能	な し		
	状況()					
介護者の就労	8時間以上(高齢で就労不能)		4~8時間	4時間未満	な し	
	状況(職種等				日/週)	
他の要介護者	無・有(要支援、 要介護 1, 2, 3, 4, 5,)					
介護者の育児、家族の病気	常時の育児看病	半日育児看病	臨時育児看病	な し		
	状況()					
介護者の介護の関わり方	介護拒否	非常に消極的	やや消極的	ふつう		
他の同居介護補助者	ほとんとなし	随時あり	常時あり			
	状況(続柄				日/週程度	
別居血縁者介護協力	ほとんとなし	随時あり	常時あり			
	状況(続柄				日/週程度	
近隣者等の介護協力	ほとんとなし	随時あり	常時あり			

3 調査者の意見

4 外房利用状況 (申込現在)

- デイ利用
- ショート利用
- デイ・ショート利用
- 利用なし
- 以前利用していた(デイ ・ ショート)

外房利用申込者情報書

令和 年 月 日

記入者

かな			男・女	生年月日 T S	年	月	日	年齢		
氏名										
住所					電話					
身元保証人	かな			続柄		運転	可・否	お仕事	有・無	
	氏名									
		生年月日 S・H	年	月	日					
	住所			電話						
勤務先			電話							
緊急連絡先 ①	かな			続柄		運転	可・否	お仕事	有・無	
	氏名									
		生年月日 S・H	年	月	日					
	住所			電話						
勤務先			電話							
緊急連絡先 ②	かな			続柄		運転	可・否	お仕事	有・無	
	氏名									
		生年月日 S・H	年	月	日					
	住所			電話						
勤務先			電話							
相談内容 本人・家族 の要望				家族構成	〈ジェノグラム〉					
居宅支援事業所				担当ケアマネ					電話	
保険者(市区町村)			介護保険番号							
介護度		認定期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	生活保護	無・有					
負担割合	割	負担限度額	段階	身体障害者手帳	無・有(種 級)	特定医療費(指定難病)受給者証	無・有()			
健康保険	後期高齢者・国保(家族・本人)・社保(家族・本人)			その他						
障害高齢者の日常生活自立度				認知症である高齢者の日常生活自立度						

送迎	車酔い 有 無	
	送迎時間 通常時間 その他()	
	送り出し・迎え入れ 家族 不在 ヘルパー	
	【特記事項】	
移動	屋内	歩行 杖歩行(一点・四点) 歩行器 シルバーカー 見守り 介助
		車イス(レンタル 施設) 自走 全介助
	屋外	歩行 杖歩行(一点・四点) 歩行器 シルバーカー 見守り 介助
		車イス(レンタル 施設) 自走 全介助
	【特記事項】	
移乗	移乗 自立 見守り 一部介助 全介助	
	起き上がり つかまらず可 何かにつかまれば可 できない	
	両足ついた座位 できる 背もたれなくて自分の手で 背もたれあれば可 できない	
	立ち上がり つかまらず可 何かにつかまれば可 できない	
	【特記事項】	
更衣	上衣 自立 一部介助 全介助	
	下衣 自立 一部介助 全介助	
	【特記事項】	
排泄	自立 見守り 一部介助 全介助	
	尿意 ある 時々ある なし	便意 ある 時々ある なし
	リハビリパンツ オムツ	パット(有 無) 布パンツ
	【特記事項】	
入浴	入浴形態 一般浴槽 中間浴 機械浴槽 シャワー浴 清拭	
	洗髪・整髪 自立 一部介助 全介助	
	【特記事項】	

食事	自立	見守り	一部介助	全介助															
	主食	常食	軟飯	お粥	ミキサー														
	副食	常食	ざく切り	刻み	ゴク刻み	ミキサー													
	水分	普通	トロミ(ソース状	ハチミツ状)														
	アレルギー	無し	有り()														
	食事療法・治療食		無し	有り()														
	歯	自歯	入れ歯(下	・	上	・	部分)	総入れ歯	歯茎									
	禁食()													
	【特記事項】																		
夜間	状態	良眠	時々不眠	不眠	(眠剤	有	・	無)										
	寝具	布団	ベッド	エアーマット															
	【特記事項】																		
コミュニケーション	視力	支障なく見える	大きな文字なら見える	かろうじて見える	その他														
	聴力	支障なく聴こえる	大きな声で話せば聞こえる	ほとんど聞こえない															
	使用器具	メガネ	補聴器	その他()														
	伝達	言語	身振り・手振り	筆談	その他														
	意思の伝達		伝達できる	時々可能	まれに可能	できない													
	日常の意思決定		できる	できない															
	【特記事項】																		
精神・神経症状 認知症または	ない	時々ある	ある																
	被害妄想	・	幻覚	・	幻聴	・	感情不安定	・	暴言暴行	・	大声	・	介護に抵抗	・	徘徊	・	帰宅願望	・	その他
	【詳細・留意事項】																		

主治医			医療機関			診療科		
かかりつけ医療機関①			電話			FAX		
担当医			診療科			病名		
受診内容	通院・往診		受診頻度	回/ 週・月				
かかりつけ医療機関②			電話			FAX		
担当医			診療科			病名		
受診内容	通院・往診		受診頻度	回/ 週・月				
かかりつけ医療機関③			電話			FAX		
担当医			診療科			病名		
受診内容	通院・往診		受診頻度	回/ 週・月				
感染症	無・有() *結核・かいせん・MRSA・HCV(C型肝炎)・ワッセルマン反応等のご利用できません							
既往歴	病名	発症	服薬	薬名	朝	昼	夕	眠
処置内容	1.点滴管理 2.中心静脈栄養 3.透析 4.人工肛門 5.酸素療法 6.人工呼吸器 7.気管切開 8.疼痛管理 9.経管栄養 10.モニター測定 11.褥瘡処置 12.カテーテル 13.吸引 14.インシュリン							
	【詳細・留意事項】							
拘縮 麻痺	麻痺等の有無	ない 左上肢 右上肢 左下肢 右下肢 その他()						
	関節可動域制限	ない 肩 肘 股 膝 足 その他()						
	【特記事項】							
身長	cm	体重	kg	平熱	°C	血圧		
新型コロナウイルスワクチン接種の有無	無・有(回)			インフルエンザワクチン接種の有無	無・有(年 月 日)			