

特別養護老人ホーム 迎光園 入所申請書

令和 年 月 日

社会福祉法人 迎光会
 特別養護老人ホーム 迎光園
 施設長 様

申請者	ふりがな				入所希望者から見た続柄
	氏名	印			
	住所	〒			
	電話番号	自宅		携帯・その他	

※申請期間中の連絡・状況の確認及び入所の連絡等の連絡は、原則上記連絡先にさせていただきます。
 上記以外で確認・連絡を希望される方は、下記に記入して下さい。

その他連絡先	ふりがな				入所希望者から見た続柄
	氏名				
	住所	〒			
	電話番号	自宅		携帯・その他	

入所希望者	ふりがな				男	生 年 月 日	
	氏名				女	年 月 日	
	本籍						
	住所	〒					
	電話番号						
	要介護度		有効期間	年 月 日 ~			年 月 日
			被保険者番号				
	担当介護支援専門員						
	身体障害者手帳	種 級	障害名				
	かかりつけ病院				主治医		

入所者調査書

記入日 令和 年 月 日

入 所 希 望 者	氏名					身長	cm	体重	kg	
	年 金 等 本 人 収 入						年額			
							年額			
							年額			
同 居 者	氏名	続柄	年齢	職業	主介護者	備考(健康状態等)				
住 居	問題はない・改修を検討している・改修が必要だが予定なし・施設病院等に入っている・その他()									
	施設名又は病院名					年 月から入所				
	退院・退所予定日あるいは期間									

◎入所希望者の現在の状態

視 力	<ul style="list-style-type: none"> ・ 普通(日常生活に特に支障は無い) ・ 見えていない、見えづらい(支障あり) ・ 判断不能 メガネの使用(有 無)	聴 力	<ul style="list-style-type: none"> ・ 普通(日常生活に特に支障は無い) ・ 大きな声なら聞こえる(支障あり) ・ 判断不能 補聴器の使用(有(右・左) 無)	
麻 痺	自分で動かせない 体の箇所(麻痺)	右上肢・左上肢・右下肢・左下肢・その他		
	筋力低下・関節の 痛みのある箇所			
排 泄	昼	トイレ・ポータブルトイレ・尿器・カテーテル・ストマー・紙パンツ等	自力・一部介助・全介助	尿意
	夜	トイレ・ポータブルトイレ・尿器・カテーテル・ストマー・紙パンツ等	自力・一部介助・全介助	有・無
移 動	自宅、もしくは入所先では(自立・杖歩行・歩行器等・車イス・その他())			
	デイサービス等外出先では(自立・杖歩行・歩行器等・車イス・その他())			
意 思 疎 通	意志の伝達	誰にでも伝達できる・限られた人に伝達できる・ほとんど出来ない		
	介護者の指示	通じる・時々通じる・通じない		
医 療	インシュリン・人工透析・胃ろう・鼻腔カテーテル・カニューレ・在宅酸素・IVH・点滴・痰吸引 その他()			

食 事	摂取経路	口から食べられる・経管栄養(胃ろう・鼻腔カテーテル・点滴・その他)		
	食事動作	自分で食べられる・一部介助が必要・ほとんど介助している		
	食事量	多い・普通・少ない	インシュリン接種	ない・ある(頻度:)
	食事中にむせたり詰まったことが	よくある・ときどきある・まれにある・無い		
	形態	主食	御飯・お粥・ミキサー粥	食べられない物
	副食	常食・刻み・ミキサー食		

※認知症状について「ある」は週一回程度、「時々」は月に一回程度、「ない」は全くない場合、いずれかに丸をつける。

認 知 症 状	ひどい物忘れが	ある・時々・ない
	作り話を周囲に言いふらす事が	ある・時々・ない
	実際に無いものが見えたり、聞こえたりする事が	ある・時々・ない
	過剰に泣いたり・笑ったりする等、感情が不安定になる事が	ある・時々・ない
	日中寝ている・夜眠れない等が	ある・時々・ない
	暴言・暴力が	ある・時々・ない
	同じ話を繰り返す、不快な音を立て続ける等をする事が	ある・時々・ない
	大声を出す事が	ある・時々・ない
	介護や助言に抵抗する事が	ある・時々・ない
	目的もなく動き回るなど徘徊が	ある・時々・ない
	落ち着きが無く何かをしようと動き回り目が離せない事が	ある・時々・ない
	外出して家に戻れない事が	ある・時々・ない
	外に出たがり目が離せない事が	ある・時々・ない
	色々な物を集めたり、無断で持っていく事が	ある・時々・ない
	火の始末・火元の管理が出来ない事が	ある・時々・ない
	衣類を破ったり・物を壊したりする事が	ある・時々・ない
	便をいじる・トイレ以外で放尿する等の不潔行為が	ある・時々・ない
	食べ物以外を口に入れる事が	ある・時々・ない
	周囲が迷惑をしている性的行動が	ある・時々・ない
物を取られたと被害的になる事が	ある・時々・ない	

◎入所希望者の既往歴

	発症時期	傷病名	病院名	治療内容	現在、通院の有無
①					有 無
②					有 無
③					有 無
④					有 無
⑤					有 無

◎入所希望者の生活歴(出生地・職歴・結婚・現在の生活状況等を記入して下さい。)

出生地	(～町にて出生)
職歴、学歴等	(～学校卒業等)
結婚歴	(〇〇さんといつ結婚)
子供等	(～人、連絡先としての関わりが可能か)
趣味等	(手芸、ゲートボール、カラオケ等、過去の趣味も含む)
現在に至る経緯と現在の状況	

◎備考(介護をしている上で困っていること等がありましたら記入して下さい。)

特別養護老人ホーム迎光園への入所申請に関わる個人情報取り扱いについて

私は、特別養護老人ホーム迎光園への入所申請に当たり、下記の利用目的の範囲内で使用、提供又は収集することに同意します。

- ① 医療機関、福祉事業者、介護支援専門員、介護サービス事業者、保険者、その他社会福祉団体等との連絡調整のため
- ② 入所優先度判定検討委員会（第三者出席）
- ③ その他、入所判定、及び入所について必要な場合

本人氏名

家族氏名

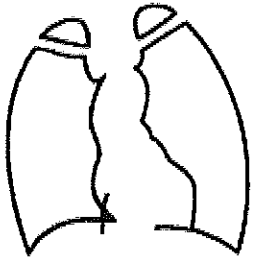
※提出の前に、下記の入所申請書一式が全てあるかどうかご確認下さい。

- 1 入所申請書
- 2 入所者調査書
- 3 健康診断書
- 4 介護保険証の写し(提出の際に迎光園にてコピー可能です)
- 5 直近のサービス利用表写し(施設入所中・介護保険サービスを未使用の方等はいりません)

※不明な点の確認・見学希望・提出の際の連絡等は下記までお願いします。

特別養護老人ホーム 迎光園(げいこうえん) 相談室 TEL0123-88-3030

健康診断書(特別養護老人ホーム迎光園入所用)

氏名		生年月日	M・T・S	年	月	日	住所	
身 体 の 状 況	現 在 症	1		2			3	
		4		5			6	
既 往 症		1					(発症年月日)	年 月 日
		2					(発症年月日)	年 月 日
伝 染 疾 患		結 核	有・無	梅 毒	有・無	 (年 月 日 撮影)		
		その他()						
経管栄養の有無	有()・無							
精神疾患の有無	有()・無							
認 知 症 の 有 無	有 (認知症高齢者の自立度 I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M)							
	無							
状 検 査 状 況	肝 炎 ウ イ ル ス	HBS抗原()、HBS抗体()、HCV()						
消 化 器	異 常 の 有 無 等							
循 環 器	聴 打 診 ・ レントゲン所見							
	血 圧 値							
そ の 他	脊 椎 ・ 四 肢 の 異 常 等	(障害高齢者の日常生活自立度)						
入所に 係る意見								

上記のとおり診断します。

令和 年 月 日

医療機関所在地

医療機関名称

担当医師名

(印)

確認日： 令和 年 月 日

連 絡 先 一 覧

入所者氏名： _____

①	フリガナ		続柄		備考
	氏名				
	住所	〒			
	電話番号				
	携帯・その他				
②	フリガナ		続柄		備考
	氏名				
	住所	〒			
	電話番号				
	携帯・その他				
③	フリガナ		続柄		備考
	氏名				
	住所	〒			
	電話番号				
	携帯番号				
④	フリガナ		続柄		備考
	氏名				
	住所	〒			
	電話番号				
	携帯・その他				
⑤	フリガナ		続柄		備考
	氏名				
	住所	〒			
	電話番号				
	携帯・その他				