

介護老人福祉施設 いなぎ苑

入 所 申 込 書

介護老人福祉施設 いなぎ苑

申込年月日 令和 年 月 日

施設長 様

申込者住所 〒 _____

氏名 _____ 印

電話番号 _____

利 用 者	ふりがな			性 別	1 男性 2 女性
	氏 名			生年月日	明治 大正 昭和 年 月 日(歳)
	住 所	〒 _____		電 話	()
家族及び扶養 義務者の状況	氏 名	続柄	住 所 ・ 電 話		生年月日
			TEL		
			TEL		
			TEL		
			TEL		
			TEL		
要介護度	要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5				
申込理由					
医療状況	病 状				
	主治医	TEL			
その他特記事項					

※行政、市区町村より申し込み状況調査の依頼があった場合、情報提供する場合がございますのでご了承ください。

利用者名	
介護保険 被保険者番号	
同居の方について	ひとり暮らし ご夫婦のみ（相手のご年齢 歳） ご夫婦以外の同居者がいる
主に介護している 方について	介護する方は いる いない 主に介護する方は 健康 病弱 病気で治療中 障害がある 主に介護する方は 働いている 働いていない
介護を手伝う方 がいる	介護を手伝う方が いる いない 手伝う方がいる場合その方は 親族 近所の方 その他の方
お住まいについて	今のお住まいは 自宅 自宅以外 自宅以外にお住まいの方は、戻る自宅が ある ない
介護する上での 住宅問題について	立ち退きを求められている 家屋の老朽化が著しい エレベーターがない集合住宅の2階以上に住んでいる 自分の部屋がない 自分の部屋とは別の階にトイレや風呂がある (その他具体的に)
その他該当する ものがあれば○	徘徊 暴力行為 不潔行為 異食 大声や奇声 その他の行為（具体的に) 医療器具を使っている（具体的に) 病気がある（具体的な病名)

現在受けておられる介護や治療の様子について

ご自宅以外での 介護や治療	現在おられるのは、 病院 老人保健施設 介護療養型医療施設 養護老人ホーム 軽費老人ホーム ケアハウス 有料老人ホーム グループホーム その他（)
ケアプランなど について	ケアプランは、 作っている 作っていない ※申し込み時に直近のサービス利用票別表（毎月のサービスの利用状況 がわかるもの）の写しを添付して下さい。 相談できるケアマネージャーは いる いない ケアマネージャーの氏名 連絡先（会社名） 電話 ()
在宅サービスに ついて	在宅サービスは、 使っている 使っていない 今後の利用は、 今のままでよい もっと増やしたい サービスの使い方を改善したい 具体的に（)

私は、入所に関する方法や手続きについて、説明を受けました。また、この申込書にある内容を
保険者・指定するケアマネージャーへ提供することに同意します。

令和 年 月 日

氏名

印

ADL状況

利用者名 () ③

移動及び移乗	麻痺： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（部位 _____） 筋力低下： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（部位 _____） 移動： <input type="checkbox"/> 自立【 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器（種類：_____） <input type="checkbox"/> 車椅子】 <input type="checkbox"/> 見守り・声掛け ： <input type="checkbox"/> 手引き歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子等にて全介助 <input type="checkbox"/> 転倒の危険性 移乗： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助（注意点：_____）
食事	立位： <input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 支えがあれば可 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不可 座位： <input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 支えがあれば可 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不可 起き上がり： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> つかまれば可 <input type="checkbox"/> 支えがあれば可 <input type="checkbox"/> 不可 寝返り： <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> つかまれば可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・声掛け <input type="checkbox"/> 介助【 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経管（ <input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> 胃瘻）】 補助具： <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> リハ食器 <input type="checkbox"/> エプロン <input type="checkbox"/> その他（_____） *補助具の種類（_____） 主食： <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 粥（ <input type="checkbox"/> 普通盛 <input type="checkbox"/> 小盛 <input type="checkbox"/> 大盛） 食欲： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 主・副菜の形状： <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> キザミ <input type="checkbox"/> 細かいキザミ <input type="checkbox"/> ミキサー 義歯： <input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 下 嚥下状態： <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> かなりむせる <input type="checkbox"/> 水分はとろみが必要 アレルギー： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（_____） 嫌いな物： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（_____） 制限： <input type="checkbox"/> カロリー（_____ カロリー） <input type="checkbox"/> 塩分（_____ グラム） <input type="checkbox"/> その他（_____）
排泄	尿意： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無（排尿管理： <input type="checkbox"/> 必要） 便意： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無（排便管理： <input type="checkbox"/> 必要） 動作： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 声掛け <input type="checkbox"/> 確認 <input type="checkbox"/> 誘導 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 種類：日中【 <input type="checkbox"/> 綿パンツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> その他（_____）】 ：夜間【 <input type="checkbox"/> 綿パンツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> その他（_____）】
整容	口腔清拭： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・声掛け <input type="checkbox"/> 一部介助（準備で可） <input type="checkbox"/> 全介助（スポンジ等使用） 洗顔： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・声掛け <input type="checkbox"/> 一部介助（タオルを渡す） <input type="checkbox"/> 全介助（タオルで拭く） 整髪： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・声掛け <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 髭剃り： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・声掛け <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助（ <input type="checkbox"/> 電気剃刀使用） 爪切り： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・声掛け <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助（ <input type="checkbox"/> 看護師対応） 衣類の着脱： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・声掛け <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助（ <input type="checkbox"/> ボタン掛外し可）
入浴	形態： <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 座位式機械浴 <input type="checkbox"/> 臥床式機械浴 衣類準備等： <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 動作： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 声掛け <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
認知症	認知症状： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 薬の処方有（_____） 行動障害：1：_____ 頻度： <input type="checkbox"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 1/週以上 <input type="checkbox"/> 1/10日以上 <input type="checkbox"/> 1/月以上 2：_____ 頻度： <input type="checkbox"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 1/週以上 <input type="checkbox"/> 1/10日以上 <input type="checkbox"/> 1/月以上 3：_____ 頻度： <input type="checkbox"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 1/週以上 <input type="checkbox"/> 1/10日以上 <input type="checkbox"/> 1/月以上 特記事項：_____ _____ _____
医療	処方薬 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（_____） 服薬管理 <input type="checkbox"/> 個人管理 <input type="checkbox"/> 施設管理 服薬時間 <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/> 就前薬 <input type="checkbox"/> その他（_____） その他 <input type="checkbox"/> 貼付薬 <input type="checkbox"/> 塗布薬 <input type="checkbox"/> 点眼薬 <input type="checkbox"/> その他（_____） 実施又は継続が必要な処置 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（_____）
言語理解力	言語 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聞き取りにくい <input type="checkbox"/> ほとんど話せない 理解力 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや低下 <input type="checkbox"/> 低下 特記：_____
視力・聴力	視力 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 目の前で見える <input type="checkbox"/> ほとんど見えない 眼鏡 <input type="checkbox"/> 使用 <input type="checkbox"/> 不使用 聴力 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 耳元で大きな声で可 <input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない 補聴器 <input type="checkbox"/> 使用 <input type="checkbox"/> 不使用 特記：_____
その他	_____ _____ _____