

様式第1号

鹿寿苑（特別養護老人ホーム鹿寿苑・第二鹿寿苑・グループホーム鹿寿苑）入居申込書

申込者（連絡先）

申込日	令和 年 月 日	〒 一
受付日	令和 年 月 日	住所
		氏名
		電話 ( ) 一

保険者		被保険者番号		
入所希望者の状況	(フリガナ)	性別	要介護度	1・2・3
	氏名	男		4・5
		女		申請中・更新中
	生年月日	M・T・S 年 月 日 ( ) 歳	要介護認定期間	年 月 日 年 月 日
	現住所	〒 一 TEL ( ) 一		
現況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らし <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 他の施設や病院に入っている 「施設や病院に入っている方」は記入して下さい <input type="checkbox"/> 施設名又は病院名 <input type="checkbox"/> 入所又は入院期間： 年 月 日から入所・入院している			
介護の状況	<input type="checkbox"/> 介護する者がいない <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」「障害」「疾病」「複数の介護」等により十分な介護が困難 <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 <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			
入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入居したい <input type="checkbox"/> 年 月 日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"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> その他( ) 【現在治療中の病気・特記事項等】  【かかりつけ医】 医師氏名 _____ 医療機関名 _____ TEL ( ) 一			
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。今後他の施設も申し込む予定 <input type="checkbox"/> 既に申し込んでいる他の施設名 ( ) ( ) ( ) ( ) <input type="checkbox"/> 今後申し込む予定の他の施設名 ( ) ( ) ( ) ( )			

家族等の状況	氏名	続柄	同居区分	生年月日	勤務先
			同居別居		
↑主介護者にはこの欄に「○」を付けてください。 【介護しているうえで困っていること等】					
同意書	県又は市町村から求められた場合は、これを提出することに同意します。 令和 年 月 日 氏名 印				

記入者名		本人との関係	
【身体・ADL状況及び精神状態】			
一般状態	体温 脈 血圧 /	感染症： 有( )・無・不明	
食品アレルギー	有( )・無・不明		
可動範囲	1.寝たきり（寝たきりとなった時期： 年 月 / 原因： ） 2.ベッド周囲等 3.屋内移動 4.歩行で屋内 5.家周囲 6.外出		
視力	普通・弱視・全盲	着脱衣	自立・一部介助・全介助
聴力	普通・やや難聴・難聴	移動	独歩・杖・老人車・車椅子・他( )
言語	普通・少し不自由・困難		自立・見守り・一部介助・全介助
意思疎通	可能・ほぼ可能・不能	食事	自立・一部介助・全介助
排泄	自立・一部介助・全介助 オムツ・PBトグル・尿器・他( )		普通・軟飯・おかゆ・他( ) 常菜・軟菜・きざみ・ミキサー・他( )
入浴	自立・一部介助・全介助	嚥下・咀嚼	嚥下障害：有・無 咀嚼力：普通・低下
[特記事項]			
病 気 有・無 (病名) ( )			
服 薬 有・無 ( )			
[精神状態・問題行動]		問題なし・精神障害・認知症	
[問題行動等]			

※「被保険者証（写）」・「サービス利用票及び別表（写）」直近3ヵ月分を添付して下さい。

※この申込書は、石川県指定介護老人福祉施設入居申込書に基づき、一部修正し作成しています。

※入居申込の有効期間は、要介護認定の有効期間の満了日までの期間とします。

特例入居の要件に該当する事由について（入居申込者等記入欄）要介護1・2の方	
<p>● 該当する事由に印を付けて下さい。</p> <p><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。</p> <p><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。</p> <p><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。</p> <p><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。</p>	
<p>● 該当する事由の具体的な内容について記載して下さい。</p>	

(裏面)