

## 特別養護老人ホーム松涛園入所申込書

平成 年 月 日

松寿会特別養護老人ホーム松涛園  
施設長 北村 孝 様

申込者氏名 \_\_\_\_\_ 続柄( )

住 所 \_\_\_\_\_

電 話 番 号 \_\_\_\_\_

特別養護老人ホーム松涛園に入所したいので、次の通り申込み致します。

入 所 対 象 者	被保険者番号											※介護保険証でご確認ください	
	フリガナ氏名	※必ずフリガナもご記入ください											
	生年月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和						歳	性別	1. 男 2. 女			
		年	月	日									
	要介護状態区分	要介護度 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 (認定年月日 : 平成 年 月 日)											
	認定有効期間	平成		年		月		日	から				
		平成		年		月		日	まで				
	住所												
電話番号	( )					FAX番号	( )						
家族等の状況	氏名	続柄	年齢	職業	同居・別居	別居先の電話等							
					同・別								
					同・別								
					同・別								
					同・別								

1. 私は、この入所申込記載事項について、松涛園が市町村介護保険事業計画策定等のため情報提供を求められた場合には、その使用について同意します。
2. 私は、原則として入所対象者または申込者から入所対象者等の状況変化について申告した場合のみ、貴施設において情報を更新することに同意します。

対象者氏名 \_\_\_\_\_ 印

申込者氏名 \_\_\_\_\_ 印

-----  
(施設記入欄)【受付No. \_\_\_\_\_】

受付年月日	平成 年 月 日	受付者氏名	印
特記事項			

## 入 所 申 込 調 査 票

対象者氏名			被保険者番号		
調査年月日	平成	年	月	日	調査者氏名
現 状	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 特養 <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 療養型 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
使用施設名	( )※病院・施設名を記入してください				
介護保険サービス 確認欄	利用している介護保険サービス <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> その他 ( )				
	調査時点での在宅サービスの利用単位数 ( ) 単位) 他施設申込み状況 ( 施設名 )				
健康保険	種 別		年金等	種 別	
障害手帳等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (手帳の種類、障害名 ) 判定 ( 種 級、その他 )				
食 事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経管栄養 (入れ歯 <input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 下 <input type="checkbox"/> 上下)				
	内 容	主食 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> ミキサー 食事制限 ( ) 副食 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 細食 <input type="checkbox"/> ミキサー 塩分制限 ( ) <input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク			
入 浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (入浴形態 <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 中間浴 <input type="checkbox"/> 特浴)				
着 脱 衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
排 泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> カテーテル 排泄状況 <input type="checkbox"/> 便器 <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> リハパン <input type="checkbox"/> オムツ 下剤服用 (有・無) 便 日 回 失禁 (有・無)				
移 動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 歩行状況 <input type="checkbox"/> 自力歩行 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 立位不可 移動器具使用 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車椅子等 (状況等 )				
視 力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 全盲 (老眼鏡使用 有・無 ) (状況等 )				
聴 力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 大声で聞こえる <input type="checkbox"/> 難聴 (状況等 )				
言語・会話	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不明瞭 <input type="checkbox"/> 失語 <input type="checkbox"/> 会話不能				
認知症等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 軽度・中度・重度 ) 問題行動 <input type="checkbox"/> 失見当識 <input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 介護抵抗・暴言 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
薬の服用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (薬名等 )				
既 往 歴	昭・平 年 月 (頃)				
	昭・平 年 月 (頃)				
	昭・平 年 月 (頃)				
【特記事項】					

