

- わらび
- ユニット
- 戸田
- 従来
- どちらでも
- どちらでも

申 込 日	令和	年	月	日
受 付 日	令和	年	月	日

特別養護老人ホーム
レーベンホーム戸田・わらび 施設長様

【申込者】

住 所	〒			
氏 名				本人との関係
電話番号	()			
その他連絡先	携帯 () 会社等			

特別養護老人ホームへ優先入所したいので、次のとおり申し込みます。

本 人 の 状 況	(ふりがな)		性別	保 険 者	
	氏 名		男	被保険者番号	
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)	女	要 介 護 度	1・2・3・4・5
	住 所	〒	介護認定 期 間	平成 年 月 日から 令和 年 月 日まで	
	現在利用している在宅 サービスの 状況・頻度 (※2)	1 訪問介護 (月 回)	6 通所リハビリテーション (月 回)		
		2 訪問入浴介護 (月 回)	7 短期入所生活介護 (月 回)		
		3 訪問看護 (月 回)	8 短期入所療養介護 (月 回)		
		4 訪問リハビリテーション (月 回)	9 福祉用具の貸与・購入費の支給 (内容)		
		5 通所介護 (月 回)	10 その他 ()		
	認知症等による不適応行動	1 非常に多い	2 やや多い	3 少しあり	4 なし
	医療的処置の状況	【現在治療中の病気等】			
	優先入所を希望する 理由 (※3)	1 介護者がいないため ()			
		2 介護者がいるが障害や疾病の状況にあり介護が困難なため ()			
		3 介護者がいるが高齢等のため十分な介護が困難なため ()			
		4 介護者がいるが就業しているため十分な介護が困難なため ()			
		5 介護者がいるが育児又は家族が病気の状況にあり十分な介護が困難なため ()			
		6 介護保険施設に入所しているが替わりたい ()			
		7 その他 ()			

特別養護老人ホーム レーベンホーム戸田・わらび 優先入所申込書 (その2)

介 護 者 の 状 況	主たる介護者	(ふりがな) ----- (氏名)	男 ・ 女	生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 (歳)	本人との関係	
		同居の区分 1 同居 2 別居 (※別居の場合の住所)	電話番号 () ()			
	主介護者の健康状態		家族の健康状態	就労状況	育児の状況	その他の介護状況
	良好・不良 () ()		良好・不良 () ()	有・無 常勤 パート (1日 時間)	有・無 (人) (歳)	複数の介護をしている 有・無
	従たる介護者①	(ふりがな) ----- (氏名)	男 ・ 女	生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 (歳)	本人との関係	
同居の区分 1 同居 2 別居 (※別居の場合の住所)		電話番号 () ()				
介護の可能性 介護困難 ・ 多少介護可能 ・ 介護可能						
従たる介護者②	(ふりがな) ----- (氏名)	男 ・ 女	生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 (歳)	本人との関係		
同居の区分 1 同居 2 別居 (※別居の場合の住所)		電話番号 () ()				
介護の可能性 介護困難 ・ 多少介護可能 ・ 介護可能						
そ の 他	優先入所を希望する時期	1 今すぐ入所したい 2 年 月頃までには入所したい				
	申込みの状況	1 当該施設のみ申し込む 2 他の施設に申し込んでいる 施設名： 施設名：			待機期間	
	居室において日常生活を行うことが困難であることについてのやむを得ない事由 (要介護度1又は2のみ記載)					
説明確認	私は、優先入所申込みの際、入所決定の手続き及び入所の必要性を評価する基準等について、施設から説明を受けました。 令和 年 月 日 氏名：					

※1 認定調査票 (写)、被保険者証 (写)、サービス利用表 (写) を添付してください。

※2 現在利用している在宅サービスの状況の () 内には、その具体的な内容を記入してください。

※3 優先入所を希望する理由の () 内には、その具体的な理由を記入してください。

※4 必要性がなくなった場合は、別紙「特別養護老人ホーム優先申込み取り下げ書」を提出してください。

※5 申込み内容に変更が生じた場合は、施設に連絡し、指示を受けてください。

現在治療中の主な病気等				
病名	病院名	区分	期間	
		<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院		
		<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院		
主な既往歴				
病名	病院名	区分	期間	
		<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院		
		<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院		
		<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院		
主治医	病院名：		医師名：	
日常生活動作	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 人・物の動きがわかる <input type="checkbox"/> 全盲 <input type="checkbox"/> 不明 (眼鏡： <input type="checkbox"/> 使用 <input type="checkbox"/> 未使用)		
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 大声なら聞こえる <input type="checkbox"/> 耳元での大声なら聞こえる <input type="checkbox"/> 全く聞こえない <input type="checkbox"/> 不明 (補聴器： <input type="checkbox"/> 使用 <input type="checkbox"/> 未使用)		
	言語	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聞き取りにくい <input type="checkbox"/> 聞き取れない <input type="checkbox"/> 話せない		
	日常動作	<input type="checkbox"/> 外出できる <input type="checkbox"/> 室内なら歩行できる <input type="checkbox"/> 起居動作ならできる <input type="checkbox"/> 寝たきり		
	歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖・歩行器を使用 <input type="checkbox"/> 介助にて歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子		
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> スプーン等を使用し自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経口摂取不可		
		食事の種類	(主食)	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー
			(副食)	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 1くち大 <input type="checkbox"/> キザミ <input type="checkbox"/> ミキサー
	(カロリー制限)	kcal		
	義歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 全部 <input type="checkbox"/> 一部 <input type="checkbox"/> あるが使用していない)		
衣類着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 指示にて着脱を行う <input type="checkbox"/> ボタンかけ等に介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助			
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 背中等の洗身に一部介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 入浴できない			
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 (<input type="checkbox"/> 自宅トイレ <input type="checkbox"/> 簡易トイレ) <input type="checkbox"/> 移動・後始末・ズボン上げ下げ等に介助 <input type="checkbox"/> オムツ使用 (<input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 昼のみ <input type="checkbox"/> 夜のみ)			
医療行為	<input type="checkbox"/> 経管栄養(胃ろう・腸ろう) <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> ストマ(人工肛門) <input type="checkbox"/> 酸素 <input type="checkbox"/> 床ずれ(箇所)) <input type="checkbox"/> バルンカテーテル <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> その他 ()			
認知症状	<input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> うつ <input type="checkbox"/> 幻聴・幻覚 <input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 意欲低下 <input type="checkbox"/> 奇声・大声 <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 収集癖 <input type="checkbox"/> 食べられない物を口にする <input type="checkbox"/> その他 ()			
現在服用されているお薬				
その他、身体的精神的状況について				
身長・体重	※必ず記入してください	身長	cm 体重 kg	

