

指定介護老人福祉施設 特別養護老人ホーム ワールドナーシングホーム

入 所 申 込 書

平成 年 月 日

指定介護老人福祉施設

特別養護老人ホーム ワールドナーシングホーム 施設長 様

〒

住 所 _____

(フリガナ)

氏 名 _____

明・大・昭

生年月日 年 月 日 (歳)

電話番号 _____

指定介護老人福祉施設 特別養護老人ホーム ワールドナーシングホームに入所したいので、
関係書類を添えて申込みます。

身元引受人 (1)	氏 名		続柄	
	住 所			
	電話番号			
身元引受人 (2)	氏 名		続柄	
	住 所			
	電話番号			

- 備考
- ・今後、施設からの連絡は、上記の身元引受人の方にいたします。
 - ・申込書を提出する際には「介護保険被保険者証」のコピーを、また在宅サービスを利用されている方は、直近3ヶ月分の「サービス利用票」及び「サービス利用票別表」のコピーも併せて添付して下さい。

状 況 申 告 書

※ 空欄に記載、該当箇所に○印

入所希望者	氏名：					年齢：	歳	性別：	男・女
要介護状態区分	1・2・3・4・5		生年月日	明・大・昭	年	月	日		
介護被保険者番号	市・区・町・村								
介護認定有効期間	平成	年	月	日	～	平成	年	月	日
入所希望時期	1. 直ちに入所したい		2.		年	月頃に入所したい			
入所についての本人の意思	1. 希望している		2. 希望していない		3. 判断できない				
同居の家族構成	氏名	続柄	年齢	職業	備考				
同居以外の家族構成	※近親者の状況（同居以外の子供。子供がいない場合は、兄弟、甥、姪）								
	氏名	続柄	年齢	職業	住所				
主な介護者	氏名：		続柄：						
介護者の状況	1. 介護する人がいない。 2. 介護者が高齢である。（_____歳） 3. 介護者が病弱である。（病名：_____、通院先：_____） 4. 複数の人を介護している。（他の要介護者氏名：_____） 5. 主たる介護者が生計中心者として働いている。 6. その他（_____）								

第4号様式

氏名：		※空欄に記載、該当箇所に○印	
身体及び日常生活動作の状況	視力	1. 正常 2. 大きい字なら見える 3. ほとんど見えない 4. 全く見えない	
	聴力	1. 正常 2. 大声なら聞こえる 3. ほとんど聞こえない 4. 全く聞こえない	
	会話	1. 正常 2. やや不自由 3. ほとんど話せない 4. 全く話せない	
	歩行	1. 可能 2. 杖を使用して可能 3. 半介助 4. 全介助 (車椅子の使用：無・有 自走：可・不可 移乗：可・不可)	
	食事	1. 可能 2. 声掛け、見守りが必要 3. 半介助 4. 全介助 内容： 1. 普通食 2. 粥 3. きざみ食 4. 流動食 5. 糖尿病食 6. 鼻腔栄養 7. 胃ろう 8. その他制限食 ()	
	排泄	1. 可能 2. 声掛け、見守りが必要 3. 半介助 4. 全介助	
	更衣	1. 可能 2. 声掛け、見守りが必要 3. 半介助 4. 全介助	
	入浴	1. 可能 2. 声掛け、見守りが必要 3. 半介助 4. 全介助	
	身体障害等	無 ・ 有 (障害名)	
	床ずれ	無 ・ 有 (部位と大きさ)	
精神及び行動の状況	認知の状況	正常・Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・M (ケアマネージャーに聞いて下さい)	
	下記の問題行動について、項目ごとに該当する数字を記入して下さい。 ・問題行動がない場合には「1」を記入 ・1ヶ月に1回以上ある場合は「2」を記入 ・1週間に1回以上ある場合は「3」を記入		
	被害妄想になる		感情が不安定になる
	幻覚や幻想がある		暴言や暴行がある
	夜間不眠や昼夜逆転がある		徘徊がある
	大声や奇声を発する		不潔行為がある
	収集癖や盗癖がある		自傷行為がある
	異食行為がある		嘘をつくことがある
	認知症状の状況や問題行動で困っている点を記入して下さい。		