# 入所申込書 （ご家族記入）

**介護老人福祉施設　　ゆうなぎ苑**

**地域密着型介護老人福祉施設　　ゆうなぎホーム**

申込日　令和　　年　　月　　日

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ふりがな<br>利用者名 | | 性　別<br>男　・女 | 生　年　月　日<br>大・昭　　年　　月　　日（　　才　） | | |
| 現住所 | 〒　　TEL<br>被保険者番号 | | | | |
| 介護度 | １　・　２　・　３　・　４　・　５ | 認定日 | 令和　　年　　月　　日 | | |
| 認定期間 | 令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日 | | | | |
| 現在の状況 | □自宅で一人で暮らしている。　□自宅で家族と暮らしている<br>□入院又は施設入所中<br>入院・入所先　（　　平成・令和　　年　　月　　日より）<br>□その他（現在ご利用の介護サービス等： | | | | |
| 入所希望施設 | □　ゆうなぎ苑　□　ゆうなぎホーム　□　両方に申込<br>□　今すぐ入所したい　□　令和　　年　　月頃までに | | | | |
| 他施設申込状況 | 【　　】【　　】【　　】 | | | | |
| 家族状況 | 氏　名 | 年　齢 | 続　柄 | 備　　考 | |
| | | | | 同居・別居 | |
| | | | | 同居・別居 | |
| | | | | 同居・別居 | |
| | | | | 同居・別居 | |
| | | | | 同居・別居 | |
| | | | | 同居・別居 | |
| 緊急連絡先 | 1,　　TEL | | | | |
| | 2,　　TEL | | | | |
| 担当ケアマネジャー | | | | | |
| 事業所 | TEL | | | | |

| | |
|---|---|
| 申込者 | 利用者との続柄（　　）　同居　・　別居 |
| 住所 | |

利用者の状況

| | |
|---|---|
| 医療状況 | ・胃瘻　　・在宅酸素　　・インシュリン注射 |
| 身体の状況 | 病名<br><br>通院中の病院　　主治医 |
| | 障害名<br>障害者手帳　　有(　　種　　級)　　・　　無 |
| 移動 | 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助<br>手 段 ： 杖　　シルバーカー　　車椅子　　その他 |
| 排泄 | 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ 尿意(有・無・曖昧) 便意 (有・無・曖昧)<br>トイレ ポータブルトイレ 紙パンツ オムツ バルーン留置 |
| 食事 | 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 |
| 視力 | 普通 ・ 見えにくい ・ 見えない　　眼鏡(有・無) |
| 聴力 | 普通 ・ やや聞こえにくい ・ ほとんど聞こえない ・ 補聴器(有・無) |
| 認知状況 | 物忘れ( 軽度・ 中度 ・ 重度 ・ 無 )　　徘徊( 有　・無 ) |
| | 昼夜逆転( 有 ・ 無 ) |
| | 意志疎通 ( 問題なし ・ やや困難 ・ 困難 ) |
| | 介護に対しての抵抗( 有 ・ 無 ) |
| | ※詳しい状況を分かる範囲でご記入ください |
| 入所申込理由 | |