

理事長	専務理事	常務理事	理事	施設長	副施設長	課長	課員

特別養護老人ホーム入所申込書

(特別養護老人ホーム)

社会福祉法人 大野和光園
施設長 殿

従来型(多床室)のみ希望	
ユニット(個室)のみ希望	
どちらでもよい(多床室・個室)	

申込日	令和 年 月 日 (曜日)	受付担当者	
申込者	ふりがな 続柄	(居宅事業所名) (ケアマネ名) ※ 介護保険証コピー添付 (有・無) ※ サービス利用票別表の直近3ヶ月分添付 (有・無)	
	氏名 ()		
	〒 住所 電話 (市外) 日中の連絡先(携帯等)		

入所を希望する人、その状況について

※該当するところは記入か○印、□にはレ印を付ける

ふりがな		男	保険者	
氏名		女	介護保険番号	
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)	要介護度	1・2・3・4・5・未認定	
住所	〒		電話	(市外)
生活	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らし <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らす <input type="checkbox"/> 高齢世帯			
	<input type="checkbox"/> 他の施設(老健・療養型・福祉施設)に入所中(施設名:)			
	<input type="checkbox"/> 現在入院中(病院名: 時期: 年 月頃から入院)			
介護	<input type="checkbox"/> 介護する人がいない			
	<input type="checkbox"/> 介護する人が(高齢・病弱・就労中・育児中・複数介護)で自宅では困難			
	<input type="checkbox"/> 介護する人の(身体的・精神的)負担が大きくて自宅では困難			
	<input type="checkbox"/> 自宅で介護をはじめた時期(年 月頃から)			
医療	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう瘻 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> インスリン注射			
	<input type="checkbox"/> 褥瘡(床ずれ) <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> その他()			
	現在治療中の病気など(主治医) (歯科医)			
申し込み状況	<input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込む			
	<input type="checkbox"/> すでに申し込み済み(施設名) <input type="checkbox"/> これから申し込む(施設名)			
	<input type="checkbox"/> この施設のみ申し込む			

主に介護している人について ※介護している人と申込者が同じでもこの欄に再記入してください

氏名		続柄	
同別居	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 同じ敷地にいる <input type="checkbox"/> 近くで別居 <input type="checkbox"/> 遠くで別居		
意見など	介護で困っている事 <hr/>		

同意書	福井県又は市町村から求められた場合には、これを提出することに同意します。		
	令和 年 月 日 氏名	(印)	

理事長	専務理事	常務理事	理事	施設長	副施設長	課長	課員
記入上の注意点							

特別養護老人ホーム入所

本体(篠座)か和らぎの里(春日)のどちらかで入所の順番が来ることになります。希望の所に○印を付けて下さい。

(特別養護老人ホーム)
 社会福祉法人 大野和光園
 施設長 殿

従来型(多床室)のみ希望	
ユニット(個室)のみ希望	
どちらでもよい(多床室・個室)	

担当者名等を記入、添付書類の有無確認

申込日	令和 年 月 日 (曜日)	受付担当者	(居宅事業所名)
申込者	ふりがな 氏名	住所	(ケアマネ名)
	続柄 ()		
	〒 住所		
	電話 (市外)		※ 介護保険証コピー添付 (有・無)
	日中の連絡先(携帯等)		※ サービス利用票別表の直近3ヶ月分添付 (有・無)

入所を希望する人、その状況について ※該当するところは記入か○印、□にはレ印を付ける

ふりがな 氏名	男 保険者	
	女 介護保険番号	
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)	要介護度 1・2・3・4・5・未認定
住所	〒	電話 (市外)
生活	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らし <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らす <input type="checkbox"/> 高齢世帯 <input type="checkbox"/> 他の施設(老健・療養型・福祉施設)に入所中(施設名:) <input type="checkbox"/> 現在入院中(病院名: 時期: 年 月頃から入院)	
介護	<input type="checkbox"/> 介護する人がいない <input type="checkbox"/> 介護する人が(高齢・病弱・就労中・育児中・複数介護)で自宅では困難 <input type="checkbox"/> 介護する人の(身体的・精神的)負担が大きくて自宅では困難 <input type="checkbox"/> 自宅で介護をはじめた時期(年 月頃から) <input type="checkbox"/> 現在、居宅サービスを利用して(いる・いない)	
医療	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう瘻 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 褥瘡(床ずれ) <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> その他() 現在治療中の病気など(主治医) (歯科医)	
申し込み状況	<input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込む ・すでに申し込み済み(施設名) ・これから申し込む(施設名) <input type="checkbox"/> この施設のみ申し込む	

介護している人の状態が「要支援以上」かどうかの確認です。入院中の方でも、退院後の自宅での生活パターンを3つの中から選んで下さい。

主に介護している人について ※介護している人と申込者が同じでもこの欄に再記入してください

氏名	続柄
同別居	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 同じ敷地にいる <input type="checkbox"/> 近くで別居 <input type="checkbox"/> 遠くで別居
意見など	介護で困っている事

出来る限り、詳しくお書き下さい。書ききれない場合は、別紙「日常生活動作表」にお

同意書	福井県又は市町村から求められた場合には、これを提出することに同意します。
	令和 年 月 日 氏名 (印)

日常生活動作表

介護度		年令		性別		氏名	
-----	--	----	--	----	--	----	--

I. コミュニケーション, 視・聴力 (特記事項)

1.視力	1. 日常生活に支障がない 2. 形がわかるがはっきり見えない 3. ほとんど見えない	
2.意思の伝達	1. 意思を他者に伝達できる 2. ととき伝達できる 3. ほとんど伝達できない	
3.聴力	1. 日常生活に支障がない 2. かなり大きな声でないと聞き取れない 3. ほとんど聴こえない	

II. 日常生活動作 (特記事項)

1.寝返り	1. 自立 2. つかまればできる 3. 介助	
2.起き上がり	1. 自立 2. つかまればできる 3. 介助	
3.移乗 (乗り移り動作)	1. 自立 2. 見守り 3. 一部介助 4. 全介助	
4.歩行	1. 自立 2. 見守り 3. 一部介助 4. 歩かない	
5.着替え動作	1. 自立 2. 見守り 3. 一部介助 4. 全介助	
6.食事	1. 自立 2. 見守り 3. 一部介助 4. 全介助	
7.排泄	1. 自立 2. 見守り 3. 一部介助 4. 全介助	
8.身だしなみ 洗顔、歯磨き等	1. 自立 2. 見守り 3. 一部介助 4. 全介助	
9.入浴	1. 自立 2. 見守り 3. 一部介助 4. 全介助	
II-2 移動の用具	1. 杖 2. 歩行器 3. 車椅子	
II-3 麻痺の有無	1. ない 2. ある(部位:)	
II-4 転倒(6ヶ月内)	1. ない 2. ある	

III. 食事・栄養 (特記事項)

1.食事摂取 (複数回答可)	1. 食事量の不足 2. 水分量の不足 3. 食欲不振 4. 粥・刻み食 5. 経管栄養 6. 治療食() 7. 胃瘻 8. その他()	
2.嚥下 (飲み込み)	1.できる 2. 見守り 3.できない	

IV. 排泄

1.尿失禁	1. ない 2. ととき 3. いつも	
2.便失禁	1. ない 2. ととき 3. いつも	

