

社会福祉法人 昭桜会 入所申込書（1）

申込者（連絡先） 今後、郵便物などはこの連絡先にお送りさせていただきます。

申込日	令和	年	月	日
受付日	令和	年	月	日

住所	〒
氏名	
電話	
Eメール	

※当法人特別養護老人ホーム印西・サクラピア印西・サクラピアの3施設のうち利用希望の施設を○で囲んでください

申し込み先 (入所希望施設)	特別養護老人ホーム 印西 ・ サクラピア印西 ・ サクラピア		保険者		
(フリガナ)	性別	介護保険被保険者番号			
氏名	男・女	要介護度	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5		
生年月日	明・大・昭 年 月 日 () 歳	要介護 認定期間	令和 年 月 日 から	令和 年 月 日 まで	
現住所	〒	TEL () -			
現況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人で暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 特養などの施設や病院に入っている 「施設や病院等に入っている方」は記入してください。 ◇施設名又は病院名： _____ ◇所在地（市区名のみ）： _____ ◇入所又は入院時期：平成・令和 年 月から入所・入院している				
	入居を希望する理由（該当するものを全てを選んで下さい。） 1. 入所申込ができるのは原則として要介護度3以上の方です。 （要介護度1・2の方については、入所を必要とするやむを得ない理由が必要となることから、次の2欄も回答して下さい） <input type="checkbox"/> 介護する者がいないため。 <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」、「障害」、「疾病」等により十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 介護者が就労していることから、十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 介護者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所を求められているが、自宅での介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> その他 ()				
入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 令和 年 月頃までに入所したい				
医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> その他 () 【現在治療中の病気・既往歴等】				
申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込む <input type="checkbox"/> 他の施設も申し込んでいる、又は今後他の施設も申し込む予定 ◇既に申し込んでいる施設名 () () () () ◇今後申し込む予定の施設名 () () () ()				
主たる介護者	(フリガナ)	性別	本人との関係		
	氏名	男・女	生年月日	明・大・昭 年 月 日 () 歳	
	同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している（住所： _____）			
	意見	【介護をしているうえで困っていること等】			

※裏面に【申込書2】もありますのでご記入ください。

社会福祉法人 昭桜会 入所申込書（2）

（現在の状態について記入してください）

1 主たる介護者・家族などの状況

介護者の年齢・続柄	70歳以上	60歳以上	60歳未満	続柄（ ）
介護者の介護負担	重い	やや重い	軽い	負担なし
介護者の障害や疾病	なし ・ あり（ ）			
介護者の就労	なし ・ あり（職種 日/週/時間 ）			
介護者の育児・家族の病気	なし ・ あり（ ）			
介護者の介護の関わり方	全く介護できない	やむを得ず介護している	介護に消極的	普通
他の同居介護補助者	なし ・ あり（続柄 頻度 ）			
別居血縁者介護協力	なし ・ あり（続柄 頻度 ）			
近隣者等の介護協力	なし	・ 随時あり	・ 常時あり	

2 身体コミュニケーション状況

歩行	独歩 ・ 杖 ・ 歩行器 ・ 車椅子（自走・介助・リクライニング）
視力	普通 ・ 大きな文字可 ・ 見えない（眼鏡 あり ・ なし）
聴力	普通 ・ 大きな声可 ・ 聞こえない（補聴器 あり ・ なし）
口腔（義歯）	義歯 ・ 総（上 ・ 下）部分（上 ・ 下）
会話・意思疎通	普通 ・ 会話は難しいが理解あり ・ つじつまが合わない ・ 不可
夜間睡眠	良眠 ・ 不眠（昼夜逆転 なし・あり）（眠前薬服用 なし・あり）
麻痺	なし ・ あり（麻痺部位 ）
褥瘡（床ずれ）	なし ・ あり（褥瘡部位 ）

3 ご利用者様生活歴

出身地、兄弟、仕事歴、結婚、お子様、趣味、性格等わかる範囲で記入ください。

4 申込者以外の方の連絡先

お名前・続柄	氏名	（続柄 ）
ご住所	〒	
連絡先	☎	

5 介護支援専門員・ケアワーカー

※担当の方がいらっしゃいましたらご記入ください

事業所・病院・施設名		
担当者氏名		☎