

整理番号

特別養護老人ホーム マリンピア神栖  
地域密着型特別養護老人ホーム「幸」  
ご入居申し込み書

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 マリンピア神栖  
地域密着型特別養護老人ホーム「幸」 施設長 殿

申込代理人(手続きにお見えになった方)

フリガナ 氏名 続柄  
住所 〒 -  
【電話番号】 ( )

貴施設に入所したいので、次のとおり申し込みます。

フリガナ 氏名 男・女 明大昭 年 月 日生 ( 歳)  
住所 〒 -  
【電話番号】 ( )  
介護保険 被保険者番号 要介護度 1 2 3 4 5  
認定期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日  
健康保険 種別 記号・番号  
年金等 種別  
現況  自宅  入院中  入所中  
病院又は施設 名称 住所  
入院又は入所期間 年 月 日~  
心身状態  
歩行  自立  一部介助  全介助  
排泄  自立  一部介助  全介助  
〔おむつ使用  なし  夜間のみ  昼夜  その他( ) 〕  
食事  自立  一部介助  全介助  
〔主食〕  普通食  軟食  お粥  ペースト食  
〔副食〕  普通食  一口大  刻み食  ペースト食  
入浴  自立  一部介助  全介助  
着脱衣  自立  一部介助  全介助  
視力  普通  弱視  全盲  
聴力  普通  やや難聴  難聴  
言葉  普通  少し不自由  不自由  
問題行動  攻撃的行為  自傷行為  徘徊  不穏行動  
 不潔行為  異食行動  その他 ( )  
医療の状況 【現在治療中の病気・特記事項等】

入所を希望する理由  
※該当項目全てをチェックして下さい。

- 身寄りがなく介護者がいないため
- 定期的な介護可能者が希望者の居住地と同一市町村及び隣接市町村“外”に住んでいる。
- 定期的な介護可能者が希望者の居住地と同一市町村及び隣接市町村“内”に住んでいる。
- 主介護者が病院等に長期入院中等の状況により、事実上介護が不可能。
- 主介護者が要介護状態、病気療養中、障害を有するなどの状況にあり、十分な介護が困難。
- 主介護者が、要支援状態、高齢者の状況にあり、十分な介護が困難。
- 主介護者が、複数の介護や育児、または就業しているために十分な介護が困難。
- 介護者の身体的・精神的負担が大きい。
- 病院や他施設等から、退院・退所を求められているが、在宅での介護が困難。
- 当該や他施設等から退院・退所を求められているが、在宅での介護が困難。
- その他( )

家族の状況	氏名 主介護者にチェック	続柄	年齢	職業	同居 別居 の別	(別居の場合)	
						住所	電話番号
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							

身元引受人	氏名	続柄	年齢	職業	住所	電話番号

入所を希望する時期

- 今すぐ入所したい。
- 年 月頃までには入所したい。

申込状況

- 当該施設にのみ申込
- 他の施設にも申し込んでいる。

(他の施設名) ( )

特記事項

担当ケア マネジャー	氏名	連絡先
		事業所名

説明確認欄

私は、入所申込に際し、入所順位の決定方法について施設から説明を受けました。

令和 年 月 日

氏名

※被保険者証、直近3か月分のサービス利用票及び、別表の写しを添付してください。

## 入居申込時 健康診断書

氏 名	男 女	生年月日	明・大・昭 年 月 日( 歳)		
病 名		既 往 歴			
身 長	cm	脈 拍	/ 分 (不整脈 有 ・ 無)		
血 圧	/ mmHg (安定・不安定)	B M I 値			
栄 養 状 態	良 中 不良	視 力 ※1	右 ( . )	良・やや不良・不良	
			左 ( . )	良・やや不良・不良	
浮 腫	眼 瞼 ( ) 下 腿 ( )	聴 力	右	良・やや不良・不良	
			左	良・やや不良・不良	
胸 部	撮影日 平成 年 月 日	梅 毒 反 応	( )		
レントゲン検査	異 常 あり	B型肝炎検査	( )		
(結核)	異 常 なし	C型肝炎検査	( )		
E C G		MRSA ※2	喀 痰 ( )	褥 瘡 ( )	
尿 検 査	ウロビリノーゲン ( )	伝 染 性 皮 膚 疾 患	有 (病名: ) 無		
	蛋 白 ( )		便 検 査	潜 血 ( )	
	糖 ( )		そ の 他 ( )		
	潜 血 ( )				
血液検査	白 血 球	総-cho	GOT		
	赤 血 球	HDL-cho	GPT		
	ヘモグロビン	TG	r-GTP		
	ヘマトクリット	ヘモグロビンA1C	Alb / TP		
	CRP	血液型	QFT		
精神疾患の有無 有 ・ 無 (病名: )					
投 薬 内 容					
医師の意見					
上記のとおり診断いたします。 令和 年 月 日					
医療機関 名 称					
住 所					
医 師					

注) ※1:視力の測定が困難な場合は良・やや不良・不良の中から判断して下さい。  
 ※2:MRSA検査は必要と思われる場合のみ実施して下さい。