

特別養護老人ホームハーモニー 入所申込書

※介護保険証の写しを添えてご提出下さい。

ハーモニー施設長 様

記入日： 令和 年 月 日

申込者 (ご家族等)	ふりがな		続柄
	氏名		
	住所	〒 —	
	電話番号	(自宅) — — (携帯) — —	今後、書類の郵送や ご連絡は申込者の方に させていただきます。

入所 希望者	ふりがな		男 ・ 女
	氏名		
	生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日 (歳)	
	住所	〒 —	
	電話番号	— —	
	介護保険者名	熊本市 ・ その他 ()	
	介護保険 被保険者番号		
	要介護度	要介護 3 ・ 4 ・ 5 (特例) 要介護 1 ・ 2	
	有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日	

※ 施設記入欄 ※ 施設職員にて記入を行いますので、記入しないで下さい。 受付No. _____

受付年月日	令和 年 月 日	【 郵送 ・ 持参 】	受付職員	
特記事項	介護保険証【 あり ・ なし 】			
年月日	連絡者	連絡先	内容	

*** 入所希望者の状況 ***

★日頃の様子をよくご存知の方がご記入下さい。

※該当する数字を○で囲んで下さい。また該当するものに☑を入れ、詳細を記載して下さい。

サービスの 利用状況	1. 他の施設・医療機関に入っている	
	入所・入院 開始時期	平成・令和 年 月 ～
	施設・医療機関 名称	：
	所在地	：
	ご入院された経緯・理由	：
	施設・医療機関から退所・退院を求められて	：
	<input type="checkbox"/> いない	<input type="checkbox"/> いる → 令和 年 月 まで
	2. 在宅で介護保険サービスを利用しながら生活している	
	サービス内容	<input type="checkbox"/> 通所介護（デイサービス） 週 回 <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション 週 回 <input type="checkbox"/> 訪問介護 週 回 <input type="checkbox"/> 訪問看護 週 回 <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 週 回 <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護（ショートステイ） 月 日 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> その他（ ）
	居宅介護支援事業所 名称	：
担当介護支援専門員（ケアマネージャー）氏名	：	
3. 介護保険サービスを利用していない		
医療の状況	1. 経管栄養【 鼻腔 ・ 胃瘻 ・ 腸瘻 ・ その他（ ） 】	
	2. 糖尿病 【 インシュリン注射 ・ 血糖値測定 】	
	3. ストーマ 【 肛門 ・ 膀胱 】	
	4. バルーンカテーテル留置	
	5. 在宅酸素	
	6. 人工透析	
	7. 点滴	
	8. 気管切開	
	9. 吸引【回数： /日】	
	10. 感染症（肝炎・梅毒・結核など）【病名： ｝	
	11. 褥瘡（床ずれ）【部位： ｝	
	12. 特定疾患【病名： ｝	
	13. その他 【内容： ｝	
	14. 該当するものがない	

※該当するものの数字を○で囲んで下さい。

身体状況 ・ 生活動作について	立位	1.一人でできる	2.手伝いがあればできる	3.全介助が必要		
	歩行・移動	1.一人でできる	2.手伝いがあればできる	3.全介助が必要		
	必要なもの	1.必要ない	2.杖	3.歩行器	4.車椅子（自操・介助）	
	麻痺	1.なし	2.あり（具体的に：　　）			
	拘縮	1.なし	2.あり（具体的に：　　）			
	洗体・洗髪	1.一人でできる	2.手伝いがあればできる	3.全介助が必要		
	浴槽のタイプ	1.一般的なお風呂	2.機械浴（座ったまま入る・寝たまま入る）			
	更衣	1.一人でできる	2.手伝いがあればできる	3.全介助が必要		
	排泄	1.一人でできる	2.手伝いがあればできる（誘導・着脱）	3.全介助が必要		
	トイレの形態	1.トイレ	2.ポータブルトイレ	3.尿器	4.おむつ交換	
	おむつの使用	1.布パンツ	2.紙パンツ	3.紙おむつ	4.パット	
	尿意	1.ある	2.ない（失禁の頻度：　　/日）			
	便意	1.ある	2.ない（失便の頻度：　　/日）			
	不潔行為	1.ない	2.ある（具体的に：　　）			
	食事の方法	1.経口摂取	2.経管栄養			
	経口摂取	1.自分で食べられる	2.一部手伝いが必要	3.全介助が必要		
	食事の道具	1.箸	2.スプーン	3.フォーク	4.自助具（種類：　　）	
	ご飯の形態	1.常食	2.二度炊	3.全粥	4.ミキサー	5.その他（　　）
	おかずの形態	1.常食	2.一口大	3.刻み	4.ミキサー	5.その他（　　）
	治療食	1.不要	2.必要（種類：　　）			
	栄養補助食品	1.不要	2.必要（種類・頻度：　　）			
	嚥下	1.むせない	2.時々むせる	3.毎回むせる		
	水分形態	1.そのまま	2.とろみが必要（濃いめ・中間・薄め）			
	義歯	1.なし	2.あり（上：総・一部 / 下：総・一部）			
	歯磨き	1.一人でできる	2.手伝いがあればできる	3.全介助が必要		
	視力	1.見える	2.人の動きがわかる程度	3.ほとんど見えない	4.全く見えない	
	眼鏡	1.あり	2.なし			
	聴力	1.普通	2.大声が聞き取れる	3.あまり聞こえない	4.全く聞こえない	
	補聴器	1.あり	2.なし			
	発語	1.普通	2.聞き取りにくい	3.話せない		
夜間状況	睡眠状況	1.良眠	2.やや良眠	3.やや不眠	4.不眠	
	内服（眠剤）	1.なし	2.あり（薬名：　　）			
	寝返り	1.一人でできる	2.一人でできない			
	夜間の様子	1.大声	2.起き上がり（　　回）	3.頻尿（　　回）	4.その他（　　）	5.特になし

