

記入例

2022年10月1日

受付者

ご希望の入所施設に
○をつけてください

入所希望者(ご本人) (ふりがな よこしま たろう) <input checked="" type="checkbox"/> 男 お名前 横島 太郎 様 <input type="checkbox"/> 女 生年月日 明治・大正・昭和 00) 歳 ご住所 〒714-0 岡山県笠岡市横島1944-1 TEL 0865-67-3100		入所申込者 お名前 横島 長次郎 様 ご本人との続柄 (長男) 年齢 (60 才) ご住所(同居の場合は住所省略・電話番号は記入) 〒240-0000 神奈川県横浜市〇〇区 TEL 045-****-**** 携帯 090-****-****	
現居住地 <input checked="" type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 独居 <input checked="" type="checkbox"/> 同居(同居者続柄: 妻) 病院・施設名 入院・入所期間 <input type="checkbox"/> 病院 年 月 日~ <input type="checkbox"/> 施設 年 月 日~		入所希望理由 (該当する項目全てを選んでください) <input type="checkbox"/> 認知症による介護困難な症状が多い <input type="checkbox"/> 身体的障害による介護困難な状況である <input checked="" type="checkbox"/> 介護者がいない (<input type="checkbox"/> 入院、入所 <input checked="" type="checkbox"/> 遠方に在住) <input checked="" type="checkbox"/> 介護者の病気や障害等、身体的・精神的理由により介護が困難な状態である <input type="checkbox"/> 介護者の仕事上の都合で、十分な介護ができない <input type="checkbox"/> 介護者にとって、他の介護や、育児等の世話を必要とする者がいて、負担が重い <input type="checkbox"/> 病院や施設から退院(退所)を求められている	
要介護度 1 2 3 4 5 認定の有効期間 2022年 1月 1日 ~ 2025年 12月 31日		その他、入所 <input type="checkbox"/> 本的に お書きください <input checked="" type="checkbox"/> 入所の必要な理由をなるべく詳しくお知らせください ・母が看病・介護をしてきたが、転倒が増えているようで家族・親族も近隣におらず不安である。 ・夫婦共、耳が遠くなり、トラブルが増えている ・在宅系の介護サービスも利用しているが、職員から難しくなっている状態を聞かされている	
保険者名 笠岡市 被保険者番号 1223456 負担割合: 1割 2割 入所希望者年金種別 (厚生 国民 遺族 その他)		居室介護支援事業所名/担当ケアマネジャー 瀬戸内荘居室介護支援事業所 / 入江	
かかりつけの病院/主治医 笠岡第一病院 / 神島 先生		介護サービス利用状況(事業所名/利用頻度) <input type="checkbox"/> デイサービス(事業所; 回/週) <input type="checkbox"/> デイケア(事業所; 回/週) <input checked="" type="checkbox"/> 訪問介護(事業所; ヘルパーステーション横島 3回/週) <input checked="" type="checkbox"/> 訪問看護(事業所; 横島訪問看護ステーション 5回/週) <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ 回/週 <input checked="" type="checkbox"/> ショートステイ 過去ご利用されていたサービス内容のご記入もお願い致します ステイ 7日/月 <input type="checkbox"/> その他	
利用料支払予定者 お名前 (横島 長次郎) 続柄(長男)		入所希望時期 <input checked="" type="checkbox"/> 早急に <input type="checkbox"/> 将来的に(後)	
他施設への申込状況 <input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込んでいる <input checked="" type="checkbox"/> 他施設にも申し込んでいる(申し込む予定である) 施設名 特別養護老人ホーム *** 特別養護老人ホーム *** グループホーム ***			

【説明確認及び同意書】

・入所申込から契約までの必要な手続き、入所順位決定方法、ならびに入所にあたっての注意事項について、施設から説明を受けました。

・申込書の内容(身体状況の) はこちらの内容に った場合には、施設に連絡することについて同意します。

・入所可能な連絡があったに 同意を頂き を辞退した場合には、入所順位からはずれることに同意します。

・行政機関等の求めがあった場合に 申込書等の内容を、行政機関等へ提供することに同意します。

・施設が居室支援事業者へ入所希望者の状況について確認することに同意します。

・入所申込者が特例入所対象者の場合、施設が介護保険者の市町村へ特例入所の申込状況及び入所希望者の状況等について照会する事、また、当該市町村が担当介護支援専門員等から入所申込者の状況等について確認することに同意します。

2022年 10月 1日 氏名 横島 長次郎 (続柄 長男)

記入例

戸内荘 (○) 海 () 泰山木

入所申請情報シート

記入日 2022 年 9 月 20 日

入所ご希望者の心身状況について

<p>①<現病名・既往症>…認知症については③番へ記入</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 脳梗塞(2002年 3月) <input type="checkbox"/> 脳出血(年 月)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 糖尿病(50才 年頃~) <input type="checkbox"/> 慢性腎不全(年頃~)</p> <p><input type="checkbox"/> 心筋梗塞(年 月) <input type="checkbox"/> 心不全(年 月)</p> <p><input type="checkbox"/> パーキンソン病 <input type="checkbox"/> 関節リウマチ</p> <p><input type="checkbox"/> 胆石症 <input type="checkbox"/> 胆のう炎</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 骨折後 [部位: 腰椎圧迫 2001年 8月]</p> <p>その他</p>	<p>⑤<移動></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 自立</p> <p>移動補助具 [車椅子・歩行器・シルバーカー・杖]</p> <p>その他(リクライニング)</p> <p>特記;</p>
<p>④<医療的処置></p> <p><input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> ストーマ(人工肛門)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> ペースメーカー</p> <p><input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 痰の吸引 <input checked="" type="checkbox"/> 褥瘡 臀部にしやすい</p> <p>その他</p> <p>特記;(上記内容について具体的に記入)</p>	<p>⑥<食事></p> <p><input type="checkbox"/> 口から食べない(胃瘻・経鼻栄養・その他)</p> <p><input type="checkbox"/> 全介助 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 自立</p> <p>特記;(刻み食、ミキサー食、食事量等についても記入)</p> <p>粥; キザミ</p> <p>糖尿病食</p>
<p>定期の薬 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし</p>	<p>⑦<排泄></p> <p>排泄の失敗が</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 常時あり <input type="checkbox"/> 度々あり <input type="checkbox"/> 時にあり <input type="checkbox"/> 全くなし</p> <p>排泄場所 [(ベッド上) (トイレ) (トイレ)]</p> <p>必需品 [(おしめ) (パット) 紙パンツ 尿器]</p>
<p>②<身体状況></p> <p>動かない、又は動きにくいところ(麻痺や関節拘縮等のため)</p> <p>右麻痺あり</p> <p>左 下肢も筋力低下があり、立位困難</p> <p>筋力が弱っているところ</p> <p>痛いところ</p>	<p>⑧<コミュニケーション></p> <p>聞いて理解することは</p> <p><input type="checkbox"/> 不可能 <input checked="" type="checkbox"/> 簡単な事は可能 <input type="checkbox"/> 概ね可能</p> <p>受け答え、発言は</p> <p><input type="checkbox"/> 不可能 <input checked="" type="checkbox"/> 簡単な事は可能 <input type="checkbox"/> 概ね可能</p> <p>特記: 脳梗塞後遺症による 構音障害あり</p> <p>視力 <input type="checkbox"/> 問題なし <input checked="" type="checkbox"/> 問題あり(両眼白内障手術)</p> <p>聴力 <input checked="" type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり(</p>
<p>③<認知症></p> <p><input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 少々あり <input type="checkbox"/> 常時介護必要な状態である</p> <p>介護困難な行動 [(あり) なし]</p> <p>具体的に (昼夜逆転) 不眠 (傾眠) 不潔行為 徘徊</p> <p>暴言 大声 暴行 過食 拒食 異食</p> <p>幻視幻聴 妄想 興奮 作話 被害妄想</p> <p>特記;</p>	

すべての欄に、
可能な限り詳しく
ご記入をお願いします

ご家族等関係者について(申請者以外の関係者の方についてご記入をお願いします)

お名前	続柄	年齢	ご住所	(TEL)
横島花子	長女	58	岡山市北区	090-****-****
横島次郎	次男	55	広島県福山市	090-****-****