

入所申込書 特別養護老人ホーム瀬戸内荘 () 海 () グループホーム泰山木 ()

申込年月日 年 月 日 受付者

入所希望者(ご本人) (ふりがな) <input type="checkbox"/> 男 お名前 様 <input type="checkbox"/> 女		入所申込者 お名前 様 ご本人との続柄 () 年齢 (才)	
生年月日 明治・大正・昭和 年 月 日 ()歳 ご住所 Tel		ご住所(同居の場合は住所省略・電話番号は記入) Tel	
現居住地 <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居(同居者続柄:) 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 type="checkbox"/> 介護者がいない (□入院、入所 □遠方に在住) <input 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 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		その他、入所を必要とするお困りのことなど、具体的にお書きください	
保険者名 被保険者番号 負担割合: 1割 2割 入居対象者年金種別(厚生 国民 遺族 その他) 居宅介護支援事業所名/担当ケアマネージャー /			
かかりつけの病院/主治医 /			
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 type="checkbox"/> 訪問介護(事業所; 回/週) <input type="checkbox"/> 訪問看護(事業所; 回/週) <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ(事業所; 回/週) <input type="checkbox"/> ショートステイ(事業所; 日/月) <input type="checkbox"/> その他		入所希望時期 <input type="checkbox"/> 早急に <input type="checkbox"/> 将来的に(後)	
利用料支払予定者 お名前 () 続柄 ()		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 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 {	

【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(身体状況の変化や要介護度等)に変化があった場合には、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もかかわらず、自己都合で入所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は、この申込書等の内容を、行政機関等へ提供することに同意します。
- ・施設が居宅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。
- ・入所申込者が特列入所対象者の場合、施設が介護保険者の市町村へ特列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。

年 月 日 氏名 (印) (続柄)

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 <input type="checkbox"/> 脳梗塞(年 月) <input type="checkbox"/> 脳出血(年 月) <input type="checkbox"/> 糖尿病(年頃～) <input type="checkbox"/> 慢性腎不全(年頃～) <input type="checkbox"/> 心筋梗塞(年 月) <input type="checkbox"/> 心不全(年 月) <input type="checkbox"/> パーキンソン病 <input type="checkbox"/> 関節リウマチ <input type="checkbox"/> 胆石症 <input type="checkbox"/> 胆のう炎 <input type="checkbox"/> 骨折後〔部位: 年 月〕 その他</p>	<p>⑤<移動> <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 自立 移動補助具 〔車椅子・歩行器・シルバーカー・杖〕 その他(特記;</p>
<p>④<医療的処置> <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) <input 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 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 痰の吸引 <input type="checkbox"/> 褥瘡 その他 特記;(上記内容について具体的に記入)</p>	<p>⑥<食事> <input type="checkbox"/> 口から食べない(胃瘻・経鼻栄養・その他) <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 自立 特記;(刻み食、ミキサー食、食事量等についても記入)</p>
<p>定期の薬 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし</p> <p>②<身体状況> 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) 筋力が弱っているところ 痛いところ</p>	<p>⑦<排泄> 排泄の失敗が <input 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 排泄場所 〔ベッド上 PTイレ トイレ〕 必需品 〔おしめ パット 紙パンツ 尿器〕 その他(特記;</p>
<p>③<認知症> <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 介護困難な行動 〔あり なし〕 具体的に 昼夜逆転 不眠 傾眠 不潔行為 徘徊 暴言 大声 暴行 過食 拒食 異食 幻視幻聴 妄想 興奮 作話 被害妄想 特記;</p>	<p>⑧<コミュニケーション> 聞いて理解することは <input type="checkbox"/> 不可能 <input type="checkbox"/> 簡単な事は可能 <input type="checkbox"/> 概ね可能 受け答え、発言は <input type="checkbox"/> 不可能 <input type="checkbox"/> 簡単な事は可能 <input type="checkbox"/> 概ね可能 特記;</p> <p>視力 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり(聴力 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり(</p>

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)