

地域密着型特別養護老人ホーム坂の上の久松邸 入所申込書

地域密着型特別養護老人ホーム坂の上の久松邸 施設長様 施設に入所したいので、次のとおり申し込みます。

□の枠内を記入して下さい。

提出日 年 月 日

申込者 (連絡先)	〒 住所	氏名	
	(郵便物郵送先)	電話	()
		携帯	()
		入所希望者との関係	

入所希望者の状況	フリガナ	性別	生活保護	<input type="checkbox"/> 受給あり <input type="checkbox"/> 受給無し														
	氏名	印	男・女	保険者														
				被保険者番号														
				要介護状態区分	要介護(1・2・3・4・5)													
	生年月日	明・大・昭 年 月 日																
	現住所	〒 一	要介護認定有効期間	年 月 日から	年 月 日まで													
	状況	<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"/> 老健などの施設や病院に入っている(入所、入院中の方は下記項目にご記入ください) ※施設名または病院名: ※所在地: ※入所又は入院時期: 年 月頃から ※退所又は退院時期: 年 月予定																
	入所希望者の状況	<input type="checkbox"/> 車いすを使用しているが、住居の廊下等の構造が適していないため、介護が困難 <input type="checkbox"/> 住居の便所、浴室、階段等の形態や構造が適していないため、介護が困難 <input type="checkbox"/> その他() ご本人の住宅の状況について教えてください。該当するものに○をしてください。																
	住環境	<table border="1"> <tr> <td rowspan="3">住居の形態</td> <td colspan="2">持ち家・借家</td> <td>平屋・2階建て・マンション</td> <td>間取り DK</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">本人居室</td> <td colspan="2">有(専用・兼用)・無</td> <td>和室(畳)・洋室(フローリング)</td> </tr> <tr> <td>広さ</td> <td>畳</td> <td>トイレ</td> <td>和式・洋式・トイレ・その他()</td> </tr> </table>				住居の形態	持ち家・借家		平屋・2階建て・マンション	間取り DK	本人居室	有(専用・兼用)・無		和室(畳)・洋室(フローリング)	広さ	畳	トイレ	和式・洋式・トイレ・その他()
	住居の形態	持ち家・借家		平屋・2階建て・マンション	間取り DK													
本人居室		有(専用・兼用)・無		和室(畳)・洋室(フローリング)														
		広さ	畳	トイレ	和式・洋式・トイレ・その他()													
住環境	ご本人が主に過ごされている部屋の間取りを簡単に描いてください。定規を使って書く必要はありません。ベッドの位置などわかる範囲でお願いします。																	
住環境	<table border="1"> <tr> <td>例</td> <td> </td> </tr> </table>				例													
例																		
入所希望時期	<input type="checkbox"/> 空室があり次第入所したい <input type="checkbox"/> 令和 年 月頃(まで・以降)に入所したい																	
短期入所希望	短期入所の利用希望 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無																	

入所希望者の状況	医療等の必要性	<input type="checkbox"/> 感染症 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 •医療用具の使用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 褥瘡(とこずれ) <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養(IVH) <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> バルーン <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工膀胱 <input type="checkbox"/> その他()		
	特養申請状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のための申請 <input type="checkbox"/> 他の施設にも申請している(申請している施設名:)		
	在宅サービス利用状況	<input type="checkbox"/> 訪問介護 週__回以上 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 週__回以上 <input type="checkbox"/> 訪問看護/訪問リハビリ 週__回以上 <input type="checkbox"/> 通所介護/通所リハビリ 週__回以上 <input type="checkbox"/> 短期入居 直近3カ月の利用回数 __日 <input type="checkbox"/> 夜間訪問介護 週__回 <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 週__回 <input type="checkbox"/> その他()週__回 <input type="checkbox"/> 在宅サービスの利用無し		
	特例入所の理由	〔要介護1又は2の入所申込者のみ記入〕 ※施設以外での生活が著しく困難な理由を記載(認知症・知的障害・精神障害等、単身世帯・同居家族が高齢等により、施設以外では生活が困難な状態であることがわかるように)		
入所希望者の身体状況	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> 水分ロミ	特記:
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 紙パンツ	特記:
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 一般浴槽 <input type="checkbox"/> 特浴槽	特記:
	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車椅子	特記:
	更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		特記:
	視力	<input type="checkbox"/> 見える <input type="checkbox"/> 見えにくい <input type="checkbox"/> 見えない	<input type="checkbox"/> 眼鏡(近視・乱視・遠視)	特記:
	聴力	<input type="checkbox"/> 聞こえる <input type="checkbox"/> 聞え難い <input type="checkbox"/> 聞こえない	<input type="checkbox"/> 補聴器(右・左)	特記:
	麻痺	<input type="checkbox"/> 有(部位:) <input type="checkbox"/> 無		特記:
	拘縮	<input type="checkbox"/> 有(部位:) <input type="checkbox"/> 無		特記:
	認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> 不明		
障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> 不明			
認知症状の状態	<input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 幻覚・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> その他()			

病状等	現病歴・既往歴	医療機関	発症年月日	入退院歴等		
			年 月 頃	年 月	～	年 月
			年 月 頃	年 月	～	年 月
			年 月 頃	年 月	～	年 月
			年 月 頃	年 月	～	年 月
			年 月 頃	年 月	～	年 月
			年 月 頃	年 月	～	年 月
	かかりつけ医	医療機関名()		担当医()		
入所の必要性	入所を希望する理由	<input type="checkbox"/> 介護をする者がいないため <input type="checkbox"/> 介護者が「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"/> 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				
	【その他 自由記述】 (※本人の在宅生活が困難な理由(本人の状況や、家族等による介護が困難な状況等を具体的に記載))					
担当介護支援専門員	事業所名: 担当介護支援専門員氏名:					
主介護者	フリカ`ナ 氏 名	性 別	入所申込者との関係			
		男・女	生 年 月 日	大・昭・平 年 月 日		
	同居有無	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している <input type="checkbox"/> 同居する予定 <input type="checkbox"/> 別居する予定				
	住所	〒				
	電話	自宅:		携帯:		
その他の介護者	お勤め状況	<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> 契約社員 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 無職		週労働時間	時間	
	氏名	年齢	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(<input type="checkbox"/> 同一市内 <input type="checkbox"/> 県内市外 <input type="checkbox"/> 県外)	入所申込者との関係		
	氏名	年齢	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(<input type="checkbox"/> 同一市内 <input type="checkbox"/> 県内市外 <input type="checkbox"/> 県外)	入所申込者との関係		
	氏名	年齢	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(<input type="checkbox"/> 同一市内 <input type="checkbox"/> 県内市外 <input type="checkbox"/> 県外)	入所申込者との関係		
	氏名	年齢	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(<input type="checkbox"/> 同一市内 <input type="checkbox"/> 県内市外 <input type="checkbox"/> 県外)	入所申込者との関係		
	氏名	年齢	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(<input type="checkbox"/> 同一市内 <input type="checkbox"/> 県内市外 <input type="checkbox"/> 県外)	入所申込者との関係		

ご本人様の自宅での1日の過ごし方を教えてください。

6時	8時	10時	12時	14時	16時	18時	20時	22時

1.1週間の過ごし方を教えてください

2.ご本人は若いころどのようなお仕事(いつ頃まで)をされていましたか

3.ご本人の趣味嗜好楽しみごとがあればご記入ください。いつ頃までされていましたか

4.ご本人の性格と、注意すべき事項があればご記入ください。

同意確認

1.施設入所の円滑化に資するため、入所判定及び入所申込者の状況把握に必要な範囲に限り、当該施設が広島県・保険者市町・担当ケアマネジャー等に対し、入所申込書及び添付書類に記載の個人情報を提供し、また広島県・保険者市町・担当ケアマネジャー等が、当該施設に対して、入所判定に必要な個人情報を提供することに同意します。

2.入所申込者の要介護度や転居による住所変更など、本入所申込書に記載した事項等に変更があった場合、死亡された場合、あるいは他の特別養護老人ホーム等に入所された場合は、必ず当施設に連絡してください。連絡いただけない場合、入所判定が行えない場合があります。

施設からの連絡に対して返答がなく施設が入所希望者の状況を把握することができない場合には、本申込を無効にすることについて同意します。

入所希望者氏名

印

申込者氏名

印

【施設記入欄】

申込受付番号(____) 受付日: ____年 ____月 ____日 受付担当者: