

特別養護老人ホーム 陽だまりの丘 入居申込書

申込 (記載) 者連絡先	フリカ`ナ		続柄	◆施設処理欄		
	氏名			受付日	年 月 日	
	住所	〒	-	受付番号		
				書類確認	① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/>	
	電話番号			受付者	ケアマネ	施設長
	携帯番号					

※今後の郵便物等は上記の申込者連絡先に送らせて頂きます。

次の書類を添付してください(①は必須、②は該当者のみ)

- ①「介護保険被保険者証の写し」
- ②「介護保険サービスの利用票及び別表の写し」(居宅サービスを利用中の方対象)

この度、社会福祉法人一陽会 特別養護老人ホーム 陽だまりの丘 に入居したいので、
申込みに関する留意事項を確認の上、次の通り添付書類を添えて申し込みます。

入居希望者の 状況 1	フリカ`ナ		性別	□男性 □女性		
	氏名					
	現住所	〒	-			
	電話番号					
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日(満 歳)				
	介護保険	保険者	市町村	被保険者番号		
	要介護認定	□要介護1 □要介護2 □要介護3 □要介護4 □要介護5				
	認定期間	(平成・令和) 年 月 日 ~ (平成・令和) 年 月 日				
	認定日	(平成・令和) 年 月 日				
	現居所状況	<input type="checkbox"/> 自宅において、一人で暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅において、家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 病院や施設等に入院(入居・入所)している ※病院や施設等に入院(入居・入所)している場合				
	病院等名称					
	所在地		〒 -			
	時期		年 月から入所または入院			
	<input type="checkbox"/> 退所又は退院を求められていない <input type="checkbox"/> 退所又は退院を求められている(年 月頃までに)					

現在利用している 居宅サービス	□訪問介護 (月に 日程度) [事業所名]	
	□訪問入浴介護 (月に 日程度) [事業所名]	
	□訪問看護 (月に 日程度) [事業所名]	
	□訪問リハビリテーション (月に 日程度) [事業所名]	
	□居宅療養管理指導 (月に 日程度) [事業所名]	
	□通所介護 (月に 日程度) [事業所名]	
	□通所リハビリテーション (月に 日程度) [事業所名]	
	□短期入所生活介護 (月に 日程度) [事業所名]	
	□小規模多機能 (月に 日程度) [事業所名]	
	□短期入所療養介護 (月に 日程度) [事業所名]	
身体状況	食 事 摂 取	□自立 □見守り □一部介助 □全部介助 [食事の形態] (主食)□常食 □半粥 □全粥 □ミキサー □ソフト (副食)□常食 □刻み □ミキサー □ソフト
	排 泄	□自立 □見守り □一部介助 □全部介助 (おむつの使用)□なし □昼夜 □夜間のみ
	入 浴	□自立 □見守り □一部介助 □全部介助
	更 衣	□自立 □見守り □一部介助 □全部介助
	移 動	□自立 □見守り □一部介助 □全部介助 (歩行)□つかまり歩き □杖使用 □歩行器 □車椅子 □その他
	視 力	□普通 □やや悪い □人の動きがわかる程度 □その他()
	聴 力	□普通 □やや大声 □耳元で □その他()
	言 語	□普通 □聞き取りにくい □聞き取れない
入居希望者の状況2	次の19項目の行動についてあてはまる状況を項目ごとに選んで下さい	
	①物を盗られたなどと被害的になること	□ない □時々ある □常時ある
	②作話をし、周囲に言いふらすこと	□ない □時々ある □常時ある
	③実際にはない物が見える、聞こえること	□ない □時々ある □常時ある
	④泣いたり、笑ったり、感情が不安定になること	□ない □時々ある □常時ある
	⑤夜間不眠あるいは昼夜の逆転	□ない □時々ある □常時ある
	⑥暴言や暴行	□ない □時々ある □常時ある
	⑦しつこく同じ話をする、不快音を立てること	□ない □時々ある □常時ある
	⑧大声を出すこと	□ない □時々ある □常時ある
	⑨助言や介護に抵抗すること	□ない □時々ある □常時ある
	⑩目的もなく動き回ること	□ない □時々ある □常時ある
	⑪「家に帰る」等と言い、落ち着きがないこと	□ない □時々ある □常時ある
	⑫外出すると家などに1人で戻れなくなる	□ない □時々ある □常時ある
	⑬一人で外に出たがり、目が離せないこと	□ない □時々ある □常時ある
	⑭色々な物を集める、無断で持ってくる	□ない □時々ある □常時ある
	⑮火の始末や火元の管理ができないこと	□ない □時々ある □常時ある
	⑯物や衣類を壊したり、破いたりすること	□ない □時々ある □常時ある
	⑰不潔な行為を行うこと	□ない □時々ある □常時ある
	⑱食べられないものを口に入れること	□ない □時々ある □常時ある
⑲ひどい物忘れ	□ない □時々ある □常時ある	

入居希望者の状況3	医療的処置	<input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> ストーマ(人工肛門) <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 疼痛看護 <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> その他()			
		病院名:		医師名:	
		(現在治療中の病気)			
		病名	病院名	期 間	
		年 月～			
		年 月～			
		年 月～			
(既往歴)					
病名	病院名	期 間			
		年 月～ 年 月			
		年 月～ 年 月			
		年 月～ 年 月			
入居希望者の意向	<input type="checkbox"/> 入居希望者が特別養護老人ホームへの入居を希望している。 <input type="checkbox"/> 入居希望者は在宅での生活を希望している <input type="checkbox"/> 入居希望者の意向は確認していない。または確認できない。 <input type="checkbox"/> その他()				
	家族構成	<input type="checkbox"/> 家族と同居世帯 <input type="checkbox"/> 高齢者夫婦世帯 <input type="checkbox"/> 独居世帯 ※ 施設や病院に入所している場合は、家に帰ったとした場合の状況を選択してください。			
主な介護者の状況	主な介護者	フリガナ	性 別		
		氏 名	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性		
		生年月日	明 治 ・ 大 正 ・ 昭 和 年 月 日 (満 歳)		
		続 柄	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他()		
	※実際にご本人を介護している方について、ご記入ください。	住 所	〒 -		
		介護者が居ない場合は、記入しないでください。	意 見	(介護をしている上で、特に困っていること)	
主な介護者の状況について、次の問いにお答え下さい。 ※ 施設や病院に入所している場合は、家に帰ったとした場合の状況を選択してください。					
①介護者の有無					
<input type="checkbox"/> 主な介護者以外に必要時に協力が得られる <input type="checkbox"/> 主な介護者一人のみ <input type="checkbox"/> 主な介護者もない					
②主な介護者の年齢					
<input type="checkbox"/> 60歳未満 <input type="checkbox"/> 60歳以上75歳未満 <input type="checkbox"/> 75歳以上 <input type="checkbox"/> 主な介護者はいない					
③主な介護者の方の健康状態は					
<input type="checkbox"/> 健康である <input type="checkbox"/> 健康に不安がある <input type="checkbox"/> 主な介護者自身が要介護者 <input type="checkbox"/> 主な介護者はいない					
④主な介護者の方が、介護にあたる時間が					
<input type="checkbox"/> 充分にある <input type="checkbox"/> 一部不在になる <input type="checkbox"/> 時間がない <input type="checkbox"/> 主な介護者はいない					

