

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"/> | |
| | | | | 受付者 | ケアマネ | 施設長 |
| | 電話番号 | | | | | |
| 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 | 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 <table border="1" style="width: 100%; margin-top: 5px;"> <tr> <td style="width: 30%;">病院等名称</td> <td></td> </tr> <tr> <td>所在地</td> <td>〒 -</td> </tr> <tr> <td>時期</td> <td>年 月 から入所または入院</td> </tr> </table> <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) | | | | | 病院等名称 | | 所在地 | 〒 - | 時期 |
| 病院等名称 | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | 〒 - | | | | | | | | | | |
| 時期 | 年 月 から入所または入院 | | | | | | | | | | |

| | | |
|--------------------|----------------------------------|--|
| 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 | |
| 精神症状(行動障害) | | |

| | | | | |
|---|---|---|--|----------------------------|
| 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～ |
| 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() | | | |
| | <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。 | | | |
| | 家族構成 | | | |
| | | | | |
| 主な介護者の状況 | ※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。 介護者が居ない場合は、記入しないでください。 | フリガナ | 性別 | |
| | | 氏名 | <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 | |
| | | 生年月日 | 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() | |
| | | 住所 | 〒 - | |
| | | 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 | | | | |

| | | |
|-----|------|---|
| その他 | 申込状況 | <input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込んでいる |
| | | <input type="checkbox"/> 他の施設(特別養護老人ホーム)にも申し込んでいる |
| | | 申込施設名： ① |
| | | ② |
| | | ③ |
| | | ④ |
| | | ⑤ |

| 担当 ケアマネ ジャー | 氏名 | 連絡先 | 電話 |
|-------------------|---|-----|----|
| | 事業所名 | | 携帯 |
| 備考 | 本入居申込書に記載した事項、あるいは記載事項にない項目等で、特に優先的な入居を考慮する必要がある場合は、その状況についてご記入下さい。 | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

申込みに関する留意事項
 入居希望者の要介護度や家族等の介護者の状況など、本入居申込書に記載した事項等が変わった場合、あるいは他の特別養護老人ホームに入所した場合は、必ず施設に連絡して下さい。入居申込書は、太枠内を埋め、添付書類を提出して下さい。不備等がある場合、判定をいたしかねますので、ご注意ください。
 記載に際し、不明な点がございましたら、ご連絡ください。
 申込書等に記載された個人情報は、法人で定める「個人情報保護方針」に基づき、取扱いを行います。

| | |
|----------------------|---|
| 説明 確認 ・ 同意欄 | 私は、入居申込に際し、入居申込から入居決定方法及び入居契約までの手続きについて、確認しました。また、入居判定に伴う入居希望者及び家族の状況把握を行う事を目的とした個人情報の取り扱いについて、市町村・担当介護支援専門員(ケアマネジャー)、他の介護保険施設、病院等からの情報収集を当施設が行うことに同意いたします。 |
| | <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>氏名 印 (本人との続柄)</p> |

※お部屋希望：従来型(多床室) / 従来型(個室) / 地域密着型(個室)

社会福祉法人 一陽会