特別養護老人ホーム 陽だまりの丘 入居申込書

申込(フリカ゛ナ		続柄	◆施設処理	6設処理欄				
	氏 名			受付日	年	月	日		
記載		⊤ −	'	受付番号					
	住 所			書類確認	10 20				
者				受付者	ケアマネ	施設	長		
者 連絡 先	電話番号								
先	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。

	フ リ カ ゛ ナ 氏 名	性 別 □男性 □女性						
	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						
│ 希 │ 望	認定期間	(平成・令和) 年月日~(平成・令和) 年月日						
者の	認 定 日	(平成・ 令和) 年 月 日						
状		口自宅において、一人で暮らしている						
· 记 1		□自宅において、家族と暮らしている						
		□病院や施設等に入院(入居・入所)している						
	現	※病院や施設等に入院(入居・入所)している場合						
	居	病院等名称						
	所 状 況	所在地						
		時期 年 月から入所または入院						
		□退所又は退院を求められていない						
		□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	口訪問介護 (月に	日程度) [事業所名]
		口訪問入浴介護 (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]
	該当するサービ	□通所介護 (月に	日程度)[事業所名]
	スはすべて選ん で下さい。(申し込 みの前月利用中 のサービス)	□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]
		☆ 東 □自立 □見守り □一	部介助 口全部介助
		食事 (主食)口常 (主食)口常 (食事の形態) (元) (カンロボ	
		(副食)山宮	
		排 泄	部介助 □全部介助 □昼夜 □夜間のみ
	身		□昼夜 □夜間のみ 部介助 □全部介助
	体 状況		部介助 □全部介助
		口自立 口見守り ロー	部介助 □全部介助
入		移 動	□杖使用 □歩行器 □車椅子 □その他
居		視 カ 口普通 口やや悪い 口人	の動きがわかる程度 口その他()
居希望者		聴 カ 口普通 口やや大声 口]耳元で □その他()
		言語 口普通 口聞き取りにくい	口聞き取れない
の 状		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
況 2		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
_	精神症状(行動障害)	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	なること 口ない 口時々ある 口常時ある
		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	
		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	口ない 口時々ある 口常時ある
		①「家に帰る」等と言い、落ち着きがない	
		⑩外出すると家などに1人で戻れなくなる	
		③一人で外に出たがり、目が離せないこ	
		(4)色々な物を集める、無断で持ってくる。	
		⑤火の始末や火元の管理ができないこ	
		⑥物や衣類を壊したり、破いたりすること	
		①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

		□カテーテル		ストーマ(人工肛門)	□経管:	 栄養			
		□酸素療法		インシュリン注射	□疼痛看護	ロペー	スメー	カー	
		□その他()				
		病院名:		医	師名:				
		(現在治療中の	D病気)						
	医療的処置	病 名		病院名		期間			
入居希望者の						年	月~		
					:	年	月~		
						年	月~		
望		(既往歴)							
有の		病 名		病院名		期間			
状					年	月~	年	月	
況 3					年	月~	年	月	
ਁ					年	月~	年	月	
		口入居希望	者が特別	養護老人ホームへの入	居を希望してし	いる。			
	入居希望者	口入居希望	者は在宅	での生活を希望している	3				
	の意向	口入居希望	者の意向	は確認していない。また	:は確認できなに	ر١.			
		□その他()			
		□家族と同居世帯 □高齢者夫婦世帯 □独居世帯							
	家族構成	※ 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。							
		フリカ゛ナ					性	別	
		氏 名]男性	口女性	
	主な介護者	生年月日	明治	・大正・昭和	年 月	日(満	歳)	
		続 柄	口配	偶者 口子 口子の配係	禺者 口兄弟如	ホ妹 □そ	· の他 (.)	
	※実際にご本	/\	_	_					
	人を介護していらっしゃる方について、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。	住 所							
			(介護を	している上で、特に困っ	ていること)				
主		意見							
なん		思 无							
介 護 者									
者の状									
	主な介護者の状況について、次の問いにお答下さい。								
況	※ 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								
	口主な介護者以外に必要時に協力が得られる 口主な介護者一人のみ 口主な介護者もいない								
	②主な介護者の年齢								
	□60歳未満 □60歳以上75歳未満 □75歳以上 □主な介護者はいない								
	③主な介護者の方の健康状態は								
	口健康であ	□健康である □健康に不安がある □主な介護者自身が要介護者 □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								
	口充分にあ	□充分にある □一部不在になる □時間がない □主な介護者はいない							

			口当該施設のみ申し込んでいる					
			□他の施設(特別養護老人ホーム)にも申し込んでいる					
そ			申込施設名:	1				
の	申沪	込状況		2				
他					3			
				4				
				<u></u>				
担当	氏 名			連絡先	電話			
ケアマネンジャー				建裕ル	携帯			
ν ·γ	事業所名							
			:記載した事項、あるい「 ある場合は、その状況			頁目等で、特に優先的な入居を い。		
						•		
	備考							

申 込 み に 関 す る

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ください。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。

留 意 事 項

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。

年 月 日

氏 名

印 (本人との続柄

※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