

特別養護老人ホーム入居申込書

特別養護老人ホーム ついたちの里 施設長 殿

申込日	平成	年	月	日	申込者 連絡先	フリガナ 氏名		続柄		
							住所			
								電話番号	自宅	()
						携帯				

特別養護老人ホームついたちの里に入居したいので、次の通り申し込みます。
尚、入居の為の待機中に、貴施設以外に入居が決定した場合、また、要介護度や連絡先、介護状況等について変更があった場合には、速やかに、貴施設に連絡いたします。(※入居辞退2回で申込は無効となります。)

入居希望者の 状況	フリガナ				性別			介護保険者	市・区		
	氏名				男・女			被保険者番号			
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 ()歳				要介護度	1・2・3・4・5				
	住所	〒 -				認定有効期間	平成 年 月 日から		平成 年 月 日まで		
	電話番号 ()										
	現状	<input type="checkbox"/> 自宅で一人で暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で夫婦のみで暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と一緒に暮らしている <input type="checkbox"/> 別居だが同一敷地内又は近隣に家族がいる <input type="checkbox"/> 施設や病院に入っている				家族構成					
	施設・病院の名称					いつ頃から	平成 年 月 日				
	申込理由	<input type="checkbox"/> 介護者がいないため <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"/> 介護者が生活の為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"/> 介護者が未就学児の子や孫の世話をしていることから十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護者が他者の介護を行っているので十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 居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()									
	特記事項										
	主 介 護 者	フリガナ			続柄			生年月日			
氏名						大正・昭和・平成 年 月 日(歳)					
住所				電話番号	自宅	()					
				携帯							
入居希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐに入居を希望する <input type="checkbox"/> 平成 年 月 迄に入居を希望する <input type="checkbox"/> 当面は入居を希望しないが、必要になったときには入居したい										
申込状況	<input type="checkbox"/> 貴施設のみ申し込む <input type="checkbox"/> 他の施設も申し込む (施設名:)										
居宅介護支援事業所名							担当ケアマネージャー				
同意書	この入居申込書に記載された事項については、所官庁や介護支援専門員またはサービス提供事業所との連絡調整が必要となった場合に、必要最小限の範囲で使用することに同意します。 <div style="text-align: right;"> 入居希望者 _____ 印 申込者 _____ 印 </div>										

入居希望者の身体状況について

入居希望者の状態について当てはまる項目を選んでください。
ご記入の際に、ご不明な点は現入所・入院施設もしくは担当ケアマネージャー等にご確認ください。

医療状況 (病歴及び治療状況)	かかりつけ医	病院				医師
	病名	年月日	治療状況	病名	年月日	治療状況
			治療中・無			治療中・無
			治療中・無			治療中・無
			治療中・無			治療中・無
<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> インシュリン注射(回/日) <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 麻痺(右・左) <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 人工肛門・膀胱 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> バルン <input type="checkbox"/> その他()						
身体状況	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 見えにくい(右・左)	<input type="checkbox"/> 殆ど見えない(右・左)		<input type="checkbox"/> 全く見えない	
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや遠い(右・左)	<input type="checkbox"/> 大声で可能(右・左)		<input type="checkbox"/> 全く聞こえない	
	言語	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聞き取りにくい	<input type="checkbox"/> 聞き取れない			
	麻痺	<input type="checkbox"/> あり 部位()	<input type="checkbox"/> なし			
	拘縮	<input type="checkbox"/> あり 部位()	<input type="checkbox"/> なし			
	座位	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 何かにつかまれば可	<input type="checkbox"/> 何か支えがあれば可	<input type="checkbox"/> 不可		
	寝返り	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 何かにつかまれば可	<input type="checkbox"/> 何か支えがあれば可	<input type="checkbox"/> 不可		
食 事	摂取状況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	介助程度()			
	食事種類	主食	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 粥	<input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> ソフト食		
		副食	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み	<input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> ソフト食		
		その他	<input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経管栄養	()		
むせ込み	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	()				
排 泄	排泄介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	介助程度()			
	日中	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ	<input type="checkbox"/> 紙おむつ <input type="checkbox"/> 紙パンツ	<input type="checkbox"/> パット		
	夜間	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ	<input type="checkbox"/> 紙おむつ <input type="checkbox"/> 紙パンツ	<input type="checkbox"/> パット		
	尿意	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 時々あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明			
	便意	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 時々あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明			
	排便状況	<input type="checkbox"/> 自然排便 <input type="checkbox"/> 下剤服用()日おき【 】	<input type="checkbox"/> 浣腸			
入 浴	入浴方法	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	介助程度()			
	入浴状況	回/週	<input type="checkbox"/> 特浴 <input type="checkbox"/> リフト浴	<input type="checkbox"/> 介助浴 <input type="checkbox"/> 家庭浴		
	更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	介助程度()			
移 動	移動	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> シルバーカー	<input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子	手引き歩行		
	移乗介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	介助程度()			
睡 眠	睡眠時間	() 時頃から() 頃まで	<input type="checkbox"/> よく休む <input type="checkbox"/> 時々不眠 <input type="checkbox"/> 眠らない			
	眠前薬	<input type="checkbox"/> あり 種類()	<input type="checkbox"/> なし			
整 容	洗面	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	介助程度()			
	口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	介助程度()			
	義歯	<input type="checkbox"/> 自分の歯 <input type="checkbox"/> 部分入歯	<input type="checkbox"/> 総入れ歯 <input type="checkbox"/> 歯茎			
意思疎通	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 何とか通じる <input type="checkbox"/> 介護者を介し可能 <input type="checkbox"/> ほとんど通じない <input type="checkbox"/> 全く通じない					
精神症状	<input type="checkbox"/> ひどい物忘れ <input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> 幻聴 <input type="checkbox"/> 幻視 <input type="checkbox"/> 感情障害 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 一人で出たがる <input type="checkbox"/> 暴言暴行 <input type="checkbox"/> 大声・奇声 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 破壊行動 <input type="checkbox"/> 収集癖 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 性的異常行動 <input type="checkbox"/> 興奮あり <input type="checkbox"/> その他()					
	※上記の精神症状がある場合は、そのときの状況や、頻度を具体的に記載して下さい。					
	日常生活	寝たきり度	<input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2	<input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2	<input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2	<input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2
	自立度	認知症度	<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

入居希望者調査票

入居希望者の状態について当てはまる項目を選んでください。

ご記入の際に、ご不明な点は現入所・入院施設もしくは担当のケアマネージャー等にご確認ください。

【本人の心身の状況】

- 常時の介護や見守りが必要である
- 認知症を原因とする昼夜逆転・徘徊等の問題行動があり、介護者の日常生活に支障がある
- 寝たきりにより食事・排泄・入浴等の日常生活全般に通じ介助が必要である
- 多少の一部介助や見守りを必要とする
- ほとんど自立による日常生活が可能である
- その他 ()

【介護者の状況】

- 介護者が全くない 介護者が遠隔地にいる 介護者が近隣にいる
- 同居の介護者がいる 介護者がいるが十分な介護が困難(高齢・障害・疾病・就労)
- 介護者がいるが他に介護が必要な者がいる 介護者がいるが未就学児の子や未就学の孫の世話をしている
- その他 ()

【在宅生活継続の可能性】

- きわめて困難 在宅サービスを利用しても在宅生活に支障がある 検討の余地有り
- 在宅サービスの利用により在宅生活の継続の期待が出来る
- その他 ()

【在宅生活に支障のある状況】

- 近くに在宅サービス事業者が無くその利用が困難 十分なケアが受けられない
- 施設や病院等の利用者で帰る家が無い
- 介護保険利用限度額を超えて在宅サービスを自費負担しているなどの経済的理由
- その他 ()

【参考項目】

・家族の負担感

- 介護疲れがひどい ほとんど変わっていない 在宅サービスを利用して何とか
- 在宅サービス利用により順調 在宅サービスの利用内が順調

・意思疎通

- 慣れた人でも意思疎通は困難 家族など慣れた人なら問題ない 特に問題ない

・入居についての本人の意思

- 強く拒否している 拒否傾向 意思確認が困難
- 希望はしていないが同意している 同意している 強く望んでいる

【在宅サービス利用状況】

- あり 種類 ()
例: デイサービス3回/週
- なし

【特記事項】