

特別養護老人ホーム かとりの郷福楽園 入所申込書

| | | | |
|-----|---|---|---|
| 記入日 | 年 | 月 | 日 |
| 受付日 | 年 | 月 | 日 |

受付者
入力処理

●申込者(連絡先) 今後、郵便物などはこの連絡先にお送りさせていただきます。

| | | | | |
|------------------|-----|-----------|------|----------|
| フリガナ 氏名 続柄 | | 性別 男・女 | 電話番号 | 自宅 携帯 |
| 住所 | 〒 - | | | |

かとりの郷福楽園に入居したいので、次のとおり申し込みます。

●入所希望者の状況

| | | | | |
|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| フリガナ 氏名 | | 性別 男・女 | 保険者 被保険者番号 | |
| 生年月日 | 明・大・昭 年 月 日 (才) | 要介護 要介護 認定期間 | 1 2 3 4 5 年 月 日～年 月 日 ※申込書の有効期限になります | |
| 現住所 | 〒 - | | | |
| 現況 | <input type="checkbox"/> ひとり暮らし <input type="checkbox"/> 家族と同居 高齢者世帯・他(同居 名) <input type="checkbox"/> 病院に入院中・施設に入所中 病院・施設名 (年 月頃から) | 入居希望 時期 | <input type="checkbox"/> 今すぐ入居したい <input type="checkbox"/> 年 月頃までに 入居したい <input type="checkbox"/> その他 () | |
| 入居を 希望する 理由 | あてはまるものすべてを選んでください。 <input type="checkbox"/> 介護者(介護する者)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"/> 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 | | | |
| 入居の意思 | <input type="checkbox"/> 希望している <input type="checkbox"/> 希望していない <input type="checkbox"/> 確認していない <input type="checkbox"/> 判断できない | | | |
| 申込状況 | <input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込む <input type="checkbox"/> 他の施設も申し込んでいる。又は今後他の施設も申し込む予定。 申込済み 申込予定 | | | |
| 医療の 状況 | <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> その他() 現在治療中の病気・特記事項 | | | |

| | | | | | |
|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| 身体状況 | 身長 | cm | 体重 | kg | 体格() |
| | 食事 | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 見守り(むせる・むせない) | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全部介助 |
| | 排泄 | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 見守り・声かけ | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全部介助 <input type="checkbox"/> トイレ |
| | 入浴 | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 見守り・声かけ | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全部介助 |
| | 移動 | <input type="checkbox"/> 歩行 | <input type="checkbox"/> つかまり歩き | <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 車椅子 | <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助 |
| | 視力 | <input type="checkbox"/> 普通 | <input type="checkbox"/> 見えにくい | <input type="checkbox"/> 見えない | |
| | 聴力 | <input type="checkbox"/> 普通 | <input type="checkbox"/> 聴こえにくい | <input type="checkbox"/> 聴こえない | |
| | 言葉 | <input type="checkbox"/> 普通 | <input type="checkbox"/> やや不自由 | <input type="checkbox"/> 不自由 | |
| | 床ずれ | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 (箇所) | | |
| | 特記 () | | | | |
| 生活の状況 | 活動状況 | 対人関係など | | | |
| | 趣味嗜好 | | | | |
| 認知症・精神の症状 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> アルツハイマー型 <input type="checkbox"/> レビー小体型 <input type="checkbox"/> 前頭側頭型(ピック病など) <input type="checkbox"/> 脳血管性 <input type="checkbox"/> その他 () | | | |
| 行動・心理症状 | <input type="checkbox"/> 暴言や暴力的な行動がある <input type="checkbox"/> 被害妄想がある <input type="checkbox"/> 自傷行為がある <input type="checkbox"/> 夜間不眠や昼夜の逆転がある <input type="checkbox"/> 大声や奇声をあげる <input type="checkbox"/> 介護に対して拒否的である <input type="checkbox"/> 排泄物をさわってしまう等の不潔行為がある <input type="checkbox"/> 食べ物以外の者を口の中に入れてしまう <input type="checkbox"/> 徘徊があり、目を離すと何処かへ行って迷子になってしまう <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 少しある(月1.2回) <input type="checkbox"/> やや多い(週1.2回) <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 日中多い <input type="checkbox"/> 夜間多い | | | | |
| 障害者手帳 | (年 月頃から) | 収入 | <input type="checkbox"/> 年金(国民・厚生・遺族) <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他() | | |
| | 手帳の種類 | 介護保険負担割合証 | <input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 | | |
| | 障害名 | 判定 級(度) | 負担限度額認定証 | <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 却下 | |
| | 昭・平 年 月 日 | | <input type="checkbox"/> 食費 (円) | | |
| 担当ケアマネジャー | 事業所名 | | | | |
| | 氏名 | 連絡先 | | | |
| 在宅サービスの利用度 | <input type="checkbox"/> デイサービス 週に 回 <input type="checkbox"/> 訪問看護 週に 回 <input type="checkbox"/> ショートステイ 月に 日 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ 週に 回 <input type="checkbox"/> 訪問介護 週に 回 <input type="checkbox"/> 通所リハビリ 週に 回 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 週に 回 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 福祉用具 () | | | | |

●主たる介護者(いつも介護をしている方)・家族等の状況

| | | | | | |
|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| フリガナ 氏名 | | 性別 男・女 | 介護負担 | <input type="checkbox"/> 重い | <input type="checkbox"/> やや重い |
| | | | | <input type="checkbox"/> 軽い | <input type="checkbox"/> 負担なし |
| 年齢 | 才 | 続柄 () | | 特記 | |
| 障害や疾病 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 () | | | |
| 就労 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 (職種等 | | 日/週 | 時間/日) |
| 他の要介護者 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 (要支援 要介護 1 2 3 4 5) | | | |
| 育児 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 () | | | |
| 家族の病気 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 () | | | |
| 介護意欲 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 非常に消極的 | <input type="checkbox"/> やや消極的 | <input type="checkbox"/> 普通 | <input type="checkbox"/> 意欲的 |
| 同居家族の介護協力 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 (続柄: 週に 日程度) | | | |
| 別居血縁者の介護協力 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 (続柄: 週に 日程度) | | | |
| 近隣者の介護協力 | <input type="checkbox"/> ほとんど無し <input type="checkbox"/> 随時あり <input type="checkbox"/> 常時あり | | | | |

本入居申込書に記載した事項あるいは記載項目にない事項等で、伝えたい事などをご自由にお書きください

| | |
|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 同意 確認欄 | <input type="checkbox"/> 入所申込に関する情報について、市町村又は県から状況把握のために提示を求められた場合には、施設がこれを提示することについて同意します。 |
| | <input type="checkbox"/> 入所要件の判定や入所の必要性の高さを判断するために必要がある場合には、入所申込に関する情報を施設が市町村に提示して意見を求め、報告を行うことについて同意します。 |
| | <input type="checkbox"/> 本入所申込書の調査に関し、担当ケアマネジャー・関係病院に確認することに同意します。 |
| | 入所希望者氏名 |
| | 申込者氏名 |

要介護1・2の方については、入所を必要とするやむを得ない理由があることによる特例的な施設入所を認められているため、裏面にご記入ください。

●要介護1・2の方は、ご記入ください。

| | |
|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>入居を希望する理由</p> | <p><input type="checkbox"/>認知症で、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁にある</p> <p><input type="checkbox"/>家族等による深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難である</p> <p><input type="checkbox"/>単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である等により家族等による支援が期待できずかつ、地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分のため</p> <p>日常生活に支障を来すような症状・行動・意思の疎通が困難な具体的な内容をご記入下さい</p> |
|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|