

特別養護老人ホームゆかり岬 入居申込書

施設長様

特別養護老人ホームゆかり岬に入居したいので、次のとおり申し込みます。

(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。)

申込者・連絡先	フリガナ			入居希望者との関係	
	氏名				
	〒		-		
	連絡先	電話番号	()	<input type="checkbox"/> 終日	<input type="checkbox"/> 日中のみ
	携帯電話	()	<input type="checkbox"/> 終日	<input type="checkbox"/> 日中のみ	<input type="checkbox"/> 夜間のみ

保険者	介護保険被保険者証を交付した市区町村を <input type="checkbox"/> 1. いすみ市 <input type="checkbox"/> 2. その他()				
被保険者番号		介護保険被保険者証の写しを添付してください。			
フリガナ		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢	歳
氏名		生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和	年	月 日
住所	〒		-		
電話番号		()			
要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 [認定有効期間] 平成 年 月 日 から平成 年 月 日まで ※申請中の場合 (申請日平成 年 月 日)				
入居希望時期	<input type="checkbox"/> 1. なるべく早く入居したい <input type="checkbox"/> 2. いずれ入居したい 理由:				
待機場所	<input type="checkbox"/> 1. 在宅 <input type="checkbox"/> 2. 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 3. 病院・診療所 <input type="checkbox"/> 4. 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 5. その他 () ※2~5の場合 施設などの名 () ※2~5の場合 入居・入院年月日(平成 年 月 日)から入居・入院				
入居を希望する理由	あてはまるもの、ひとつだけ選択してください。 <input type="checkbox"/> 1. 介護するものがない。 <input type="checkbox"/> 2. 介護するものはいるが、その者が要介護状態、高齢、病気療養中、障害を有する状況にあり、十分な介護ができない。 <input type="checkbox"/> 3. 介護するものはいるが、就労中、複数者の介護、育児中により、十分な介護ができない。 <input type="checkbox"/> 4. 介護するものはいるが、上記にあてはまらないものの、常時十分な介護ができない。 (理由)				
認知症等による症状	様式2の生活状況等調書の「認知症等による症状」欄の1~7の項目に該当された場合のみご記入ください。 <input type="checkbox"/> 1. 「時々ある」が1項目以上 <input type="checkbox"/> 2. 「常にある」が1項目以上				

※本入居申込書に記載された事項に変更があった場合、死亡された場合、あるいは他の特別養護老人ホーム等に入居した場合は、当施設に御連絡ください。

*裏面(様式2)も御記入下さい

生活状況等調査書

入居希望者の状況																																				
身体の状況	食事	<input type="checkbox"/> 1 自立 <input type="checkbox"/> 2 一部介助 <input type="checkbox"/> 3 全介助 [食事の種類 <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 半粥 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー]																																		
	排泄	<input type="checkbox"/> 1 自立 <input type="checkbox"/> 2 一部介助 <input type="checkbox"/> 3 全介助 [おむつの使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 昼夜 <input type="checkbox"/> 夜間のみ]																																		
	入浴	<input type="checkbox"/> 1 自立 <input type="checkbox"/> 2 一部介助 <input type="checkbox"/> 3 全介助 <input type="checkbox"/> 4 行っていない(清拭など)																																		
	着脱衣	<input type="checkbox"/> 1 自立 <input type="checkbox"/> 2 一部介助 <input type="checkbox"/> 3 全介助																																		
	移動	<input type="checkbox"/> 1 自立 <input type="checkbox"/> 2 一部介助 <input type="checkbox"/> 3 全介助 [歩行 <input type="checkbox"/> つかまり歩き <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ねたきり]																																		
	視力	<input type="checkbox"/> 1 普通 <input type="checkbox"/> 2 やや悪い <input type="checkbox"/> 3 人の動きがわかる程度																																		
	聴力	<input type="checkbox"/> 1 普通 <input type="checkbox"/> 2 やや悪い <input type="checkbox"/> 3 大声が聞き取れる [補聴器 <input type="checkbox"/> 使用あり]																																		
	言語	<input type="checkbox"/> 1 普通 <input type="checkbox"/> 2 聞き取りにくい <input type="checkbox"/> 3 聞き取れない																																		
<p>* 次のような行動がある場合は、すべてにチェックを入れてください。(複数可) なお、症状については、過去6か月程度の状態を参考としてください。</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 60%;">1 乱暴なふるまいを行う</td> <td style="width: 20%;"><input type="checkbox"/> 時々ある</td> <td style="width: 20%;"><input type="checkbox"/> 常にある</td> </tr> <tr> <td>2 自分の体を傷つける</td> <td><input type="checkbox"/> 時々ある</td> <td><input type="checkbox"/> 常にある</td> </tr> <tr> <td>3 火の不始末がある</td> <td><input type="checkbox"/> 時々ある</td> <td><input type="checkbox"/> 常にある</td> </tr> <tr> <td>4 徘徊し迷子になったことがある</td> <td><input type="checkbox"/> 時々ある</td> <td><input type="checkbox"/> 常にある</td> </tr> <tr> <td>5 興奮したり騒いだりする</td> <td><input type="checkbox"/> 時々ある</td> <td><input type="checkbox"/> 常にある</td> </tr> <tr> <td>6 不潔な行為がある</td> <td><input type="checkbox"/> 時々ある</td> <td><input type="checkbox"/> 常にある</td> </tr> <tr> <td>7 異食することがある</td> <td><input type="checkbox"/> 時々ある</td> <td><input type="checkbox"/> 常にある</td> </tr> </table> <p>※「時々ある」…月に1回以上行動がある場合 「常にある」…週に1回以上行動がある場合</p>							1 乱暴なふるまいを行う	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> 常にある	2 自分の体を傷つける	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> 常にある	3 火の不始末がある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> 常にある	4 徘徊し迷子になったことがある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> 常にある	5 興奮したり騒いだりする	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> 常にある	6 不潔な行為がある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> 常にある	7 異食することがある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> 常にある									
1 乱暴なふるまいを行う	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> 常にある																																		
2 自分の体を傷つける	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> 常にある																																		
3 火の不始末がある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> 常にある																																		
4 徘徊し迷子になったことがある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> 常にある																																		
5 興奮したり騒いだりする	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> 常にある																																		
6 不潔な行為がある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> 常にある																																		
7 異食することがある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> 常にある																																		
疾病の状況	<p>* 現在治療中の病気・今までかかった病気</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">病名</th> <th style="width: 20%;">医療機関</th> <th style="width: 20%;">治療期間</th> <th style="width: 30%;">既往症</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td style="text-align: center;">年 月 ~</td> <td style="text-align: center;">年頃</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td style="text-align: center;">年 月 ~</td> <td style="text-align: center;">年頃</td> </tr> </tbody> </table>						病名	医療機関	治療期間	既往症			年 月 ~	年頃			年 月 ~	年頃																		
病名	医療機関	治療期間	既往症																																	
		年 月 ~	年頃																																	
		年 月 ~	年頃																																	
<p> <input type="checkbox"/> ストーマのケア <input type="checkbox"/> 酸素吸入のケア <input type="checkbox"/> 気管切開のケア <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 胃ろう等による栄養管理 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 喀たん吸引 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> その他() </p> <p>※「インスリン注射」を選択した場合 注射の回数 <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕 <input type="checkbox"/> 就寝前 ※「喀たん吸引」を選択した場合 吸引の頻度 <input type="checkbox"/> 日中 <input type="checkbox"/> 夜間</p>																																				
家族状況	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">氏名</th> <th style="width: 10%;">性別</th> <th style="width: 10%;">年齢</th> <th style="width: 10%;">続柄</th> <th style="width: 10%;">同居別居</th> <th style="width: 45%;">就労・健康・障害など 別居の場合は住所</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>主な介護者</td> <td><input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女</td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別</td> <td></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td><input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女</td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td><input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女</td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td><input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女</td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>						氏名	性別	年齢	続柄	同居別居	就労・健康・障害など 別居の場合は住所	主な介護者	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			<input type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別		1	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			<input type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別		2	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			<input type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別		3	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			<input type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別	
氏名	性別	年齢	続柄	同居別居	就労・健康・障害など 別居の場合は住所																															
主な介護者	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			<input type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別																																
1	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			<input type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別																																
2	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			<input type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別																																
3	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			<input type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別																																
担当ケアマネジャー等	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">氏名</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td>事業所名</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td>電話番号</td> <td colspan="5" style="text-align: center;">() </td> </tr> </table>						氏名						事業所名						電話番号	()																
氏名																																				
事業所名																																				
電話番号	()																																			
<p> <input type="checkbox"/> 1 当施設のみ申し込む <input type="checkbox"/> 2 他の施設に申し込んでいる又は今後申し込む予定 * 既に申し込んでいる他の施設名 () * 今後申し込む予定の他の施設名 () </p>																																				
その他	<p>* 生活状況等、特記すべき事項があれば記入してください。</p>																																			