

介護老人福祉施設入居申込書

特別養護老人ホーム八天の里 施設長 様
 地域密着型特別養護老人ホーム浮牛の里

次のとおり施設入居を申し込みます

申込日 平成 年 月 日

受付者	
-----	--

入居希望者	ふりがな 氏名		印	性 別	男 ・ 女	生年月日 明・大・昭 年 月 日生(歳)	
	住所	〒 - 電話番号					
被保険者番号						保険者名	
要介護度		<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 ※市町村への照会: 年 月 日 結果: <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5					
		認定の有効期間 平成 年 月 日 ~ 年 月 日					
申込み者	ふりがな 氏名				印	入居希望者との続柄	電話番号
	住所	〒 - 日中の連絡先					
主となる介護者氏名		ふりがな			入居希望者との続柄	生年月日 昭・平 年 月 日生(歳)	
近親者の状況		本人= <input checked="" type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/>			介護者の状況		
		<input type="checkbox"/> 介護する者がいない(身寄りが無い等) <input type="checkbox"/> 介護する者が県外等遠く離れたところに住んでいる住所() <input type="checkbox"/> 介護家族が全て「要介護2以上」、「障がい者(1.2級)」、「病気で入院」等 <input type="checkbox"/> 介護家族の全てが「高齢(65歳以上)」、「要支援1~要介護1」、「障がい者(手帳所持)」、「病弱(加療)」等 <input type="checkbox"/> 介護家族の全てが就労している <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 会社等勤務 (<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> パート等) <input type="checkbox"/> 申込者以外の介護や育児あり(具体的に:)					
担当介護支援専門員がいる場合		事業所名				氏名	
入居についての希望		<input type="checkbox"/> 八天の里を希望します。空きができたなら声をかけてください。 <input type="checkbox"/> 浮牛の里を希望します。空きができたなら声をかけてください。 <input type="checkbox"/> どちらの施設でもよいので、空きができたなら声をかけてください。					
他施設への申込み		<input type="checkbox"/> している ※既に申込んでいる施設名 <input type="checkbox"/> していない ()					

居宅介護サービスの利用	<input type="checkbox"/> 指定居宅介護サービスの利用をしている(ただし、福祉用具貸与は除く) <input type="checkbox"/> 利用していない			
	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> 短期入所 上記サービスの週当たりの利用日数 <input type="checkbox"/> 1~2日 <input type="checkbox"/> 3~4日 <input type="checkbox"/> 5~7日			
住居環境	住居形態	<input type="checkbox"/> 戸建住宅(<input type="checkbox"/> 平屋 <input type="checkbox"/> 2階建) <input type="checkbox"/> アパート・マンション(階/エレベーター <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)		
	介護環境	特記事項(トイレや浴室、段差等)		
退院・退所後の在宅生活	病院名 施設名	入院等の時期(平成 年 月頃)		
	退院等の見込み	<input type="checkbox"/> 退院(所)を勧められている <input type="checkbox"/> 退院(所)したい (<input type="checkbox"/> 病気が治った <input type="checkbox"/> 金銭負担が重い)		
	在宅生活困難理由			
特筆すべき事項 (特例入所の要件関連)	<input type="checkbox"/> 認知症があり、日常生活に支障を来している	<input type="checkbox"/> 知的障がい、精神障がい等を伴い、日常生活に支障を来している	<input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待が疑われる	<input type="checkbox"/> 単身世帯等で家族等による支援が期待できない <input type="checkbox"/> 上記の状態が介護者の急死等で発生
	<input type="checkbox"/> 上記で、重度(認知症自立度がⅢA以上)である			
入居希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ <input type="checkbox"/> 1年以内 <input type="checkbox"/> その他			
医療に関する状況	(特別な医療的対応) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> 痰の吸引 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> その他() (かかりつけ医、現在治療中の病気等、特記)			
介護に関する状況	食事・水分摂取	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (特記)		
	排 尿	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (特記)		
	排 便	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (特記)		
	入 浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (特記)		
	歩 行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (特記)		
	着 脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (特記)		
	視 力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや見えにくい <input type="checkbox"/> かなり見えにくい <input type="checkbox"/> 全く見えない		
	聴 力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや聞こえにくい <input type="checkbox"/> かなり聞こえにくい <input type="checkbox"/> 全く聞こえない		
	意思の伝達	<input type="checkbox"/> 伝達できる <input type="checkbox"/> 時々伝達できる <input type="checkbox"/> まれに可能 <input type="checkbox"/> できない		
認知症等による 行動障害	<input type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> その他()			
特記事項				