

姫の沢荘 特別養護老人ホーム 入所申込書

平成 年 月 日

施設長 様

※施設記入欄

初回申込日	平成 年 月 日
-------	----------

入所申込者の状況

(フリガナ) 氏名		性別	生年月日
		男・女	明・大・昭 年 月 日 (歳)
住所	〒 (-) <div style="text-align: right;">TEL</div>		
介護保険	保険者名	市(区) 町・村	被保険者番号
要介護度	1. 要介護度1 2. 要介護度2 3. 要介護度3 4. 要介護度4 5. 要介護度5 6. その他		
現在の状況	1. 自宅で生活 2. 特別養護老人ホームに入所している (施設名) 3. その他の施設、病院等に入所している (施設、病院名)		
入所を希望する時期	1. すぐにでも入所したい 2. 6か月以内には入所したい 3. 当面は必要ないが、将来的には入所したい		

家族、身元引受人等の連絡先

(フリガナ) 氏名	①	続柄
住所	〒 (-) <div style="text-align: right;">TEL</div>	
(フリガナ) 氏名	②	続柄
住所	〒 (-) <div style="text-align: right;">TEL</div>	

家族の状況

	項 目
該当する	1. ひとり暮らし
項目1つに○をつけてください	2. 家族全員(未成年者を除く)が要介護状態、病気療養中又は障害を有するため、介護が困難
	3. 家族全員(未成年者を除く)が要支援状態又は75歳以上であるため、介護が困難
	4. 同一世帯に要介護状態、病気療養中又は障害を有する者が複数いるため、介護が困難
	5. 上記以外の状態で介護が困難
記入者名	続柄
	氏名
	支援事業所名

* 記入者がご家族の場合は担当のケアマネージャーのお名前前の記入をお願いします

※入所申込後に本人及び家族の状況に変化が生じた場合は、改めて申込みしてください。

判断能力について

認知症	なし	あり
	(ありの場合、医師より認知症の診断を受けたことが ある ・ ない)	

認知症「あり」とされた方のみお答えください。総合的にみてあてはまるものにシ点をしてください。

在宅生活が基本で、1人暮らしも可能である状態	
在宅生活が基本であるが、1人暮らしは困難な場合もある状態	
在宅生活が基本であるが、1人暮らしは困難で1部介助が必要な状態	
常に目を離すことができず、全面的な介護を必要とする状態	
精神病院で専門医療を必要とする状態	

その他事項（家族の状況等、介護において特に困っていることがあれば記載してください。）

個人情報使用同意欄

私は、当法人が保管する入所申し込みに関する個人情報について、円滑なサービス提供のために必要最低限の範囲に限り使用することに同意します。

当法人は、情報の使用において関係者以外の者に漏れることのないようにします。

年 月 日

氏名 印 (本人との続柄)

【 医 療 等 】

病名(既往歴)	発症・入院等	診療機関名	傷害等	備考		
医療的処置 該当するものに○をつけて下さい。	経管栄養 尿管カテーテル 胃ろう	ストマ(人工肛門) 酸素療法	(其他)			
麻痺・機能低下等	無し	有り	部位	程度		
視力	見える	見えない	聴力	聞こえる	聞こえない	程度

【 生 活 面 等 】

該当するものに○をつけて下さい

食 事	食事摂取について	自立	見守り必要(介護者の指示含む)			一部介助	全介助
	食事形態	主食	常食	粥	ミキサー食	副食	常食 刻み ミキサー食
	水分補給	問題なし			問題有り		備考
	禁止食品					嗜好(酒・煙草)	する しない
移 動	歩行	可	何かに掴まれば可	出来ない	備考		
	移動	独歩	杖	歩行器	車椅子	シルバーカー	
排 泄	尿意	あり	時々	なし	備考		
	便意	あり	時々	なし	備考		
	方法	日中	トイレ	トイレ	おむつ	カテーテル等	備考
就 寝 入 浴	状態	良眠	時々不良	不良	眠剤	なし	時々 常用 (服用時間)
	方法	一般浴槽		機械浴槽(チェアー)		特別浴槽	備考
判 断 能 力	名前を言える	出来る	時々可	稀に可	出来ない	指示への反応	出来る 時々可 出来ない
	日課の理解	出来る	時々可	稀に可	出来ない	意思の伝達	出来る 時々可 出来ない
	徘徊	ない	時々	ある		暴言・暴行	ない 時々 がある
	帰宅願望	ない	時々	ある		昼夜逆転	ない 時々 がある
	被害妄想	ない	時々	ある		介護に抵抗	ない 時々 がある
特 記 事 項							

【 収 入 面 等 】

年金収入	1ヶ月	約	円	生活保護	なし	あり
高額介護サービス費情報		※ご存知の方のみの記入で結構です。				
第一段階	生活保護受給者、市町村民税世帯非課税の老齢福祉年金受給者					
第二段階	市長村民税非課税で、課税年金収入と合計所得金額の合計が80万円以下					
第三段階	市長村民税世帯非課税で第二段階以外					
第四段階	上記のいずれにも該当しない方					

福祉サービスを利用するうえでの資料に致しますのでお手数ですが宜しく御願ひ致します。
社会福祉法人熱海いでゆの園