

伸幸苑ケアハウスしあわせ(特定施設入居者生活介護)入居申込書

伸幸苑ケアハウスしあわせ 施設長 殿

申込者	記入日	年	月	日
氏名	(フリガナ) _____	続柄	□ 本人 □ 家族[続柄 _____]	
住所	〒 _____	連絡先	( _____ )	

伸幸苑ケアハウスしあわせに入居したいので、次のとおり申し込みます。

入居希望者

氏名	(フリガナ) _____	性別	男 ・ 女						
		年齢	_____ 歳						
生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 _____ 年 _____ 月 _____ 日生	連絡先	( _____ )						
住所	〒 _____								
介護保険被保険者番号	_____	保険者(市町村)	_____						
要介護度	要支援	要介護					認定有効期間		
	1   2	1   2   3   4   5	_____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日						
健康保険	種別	_____							
年金等	種別	_____							
障害者手帳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 手帳の種類 _____ (障害名 : _____ ) [判定 _____ 級(度) _____ 年 _____ 月 _____ 日]								

ご家族の連絡先・家族構成

緊急時 連絡先	氏名	_____	続柄	_____		
	住所	_____				
	電話	自宅 _____	携帯電話	_____		
家族の状況	続柄	氏名	年齢	住所	職業	備考
						身元引受人

ケアハウスしあわせ

主な介護者

氏名	(フリガナ)	性別	生年月日	明・大・昭
		男・女	年	月 日生
同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 [ 住所: ]			
入居希望者との関係	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他 [ ]			
意見	介護している上で特に困っていること			

入居を希望する理由 \* 該当するものをすべて選んでください。

<input type="checkbox"/> 身寄りがいないなど介護する者がいない。
<input type="checkbox"/> 介護する者が、遠距離に在住・入院中等の状況にあり、介護が出来ない。
<input type="checkbox"/> 介護する者が、高齢・要支援状態・要介護状態・病気療養中・障害を有するなどの状況にあり、十分な介護ができない。
<input type="checkbox"/> 介護する者が、複数の介護や育児を行っている状況にあり、十分な介護ができない。
<input type="checkbox"/> 介護する者が、就労している状況にあり、十分な介護ができない。
<input type="checkbox"/> 介護する者の身体的・精神的負担が大きい。
<input type="checkbox"/> 車椅子を使用しているが、住居の廊下等構造が適していないため、介護できない。
<input type="checkbox"/> 住環境(便所・浴室・階段等)の形態・構造が適していないため、十分な介護ができない。
<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設・介護療養型医療施設・病院等から退所(退院)を求められているが、在宅での介護が出来ない。
<input type="checkbox"/> その他(詳しくお書きください)
<input type="checkbox"/>

入居希望者の状況

移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器使用 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他( )
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経管栄養
	主食 [ <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 粥 ] 副食 [ <input type="checkbox"/> 常菜 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> ミキサー ]
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	<input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> オムツ使用 [ <input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 夜間のみ ] <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 人の動きがわかる程度
聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 大声が聞き取れる
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

ケアハウスしあわせ

認知症について

認知症	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り
	<input type="checkbox"/> 何らかの認知を有するが、日常生活はほぼ自立している
	<input type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状が見られるが、誰かが注意してれば自立できる
	<input type="checkbox"/> 日常生活に支障がみられ、介護を必要とする
	<input type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状が頻繁に見られ、常に介護を必要とする
	<input type="checkbox"/> 著しい精神症状や問題行動がみられ、専門医療を必要とする

医療的処置

現在治療中の病気		
病名	入院・通院病院	期間
		年 月～
		年 月～
		年 月～
既往症		
病名	入院・通院病院	期間
		年 月～ 年 月
		年 月～ 年 月
		年 月～ 年 月

現在の状況及び利用中のサービス

<input type="checkbox"/> 在宅で生活中 <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 家族同居	
<input type="checkbox"/> 訪問介護                      (月に 回程度)	<input type="checkbox"/> 訪問入浴介護                      (月に 回程度)
<input type="checkbox"/> 訪問看護                        (月に 回程度)	<input type="checkbox"/> 訪問リハビリ                      (月に 回程度)
<input type="checkbox"/> 通所介護                        (月に 回程度)	<input type="checkbox"/> 通所リハビリ                      (月に 回程度)
<input type="checkbox"/> 短期入所生活介護                (月に 回程度)	<input type="checkbox"/> 短期入所療養介護                (月に 回程度)
<input type="checkbox"/> 福祉用具の貸与・購入費支給	<input type="checkbox"/> 住宅改修費の支給
<input type="checkbox"/> その他( )	
<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設・介護療養型医療施設・病院等に入所(入院)している	
<input type="checkbox"/> 養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等に入所(入居)している	
(施設に入所(入居・入院)している場合)	
施設名又は病院名	
所在地	( )市・区・町・村
入所又は入院期間	年 月 日～

ケアハウスしあわせ

入居希望者の意向

- 本人が特定施設入居者生活介護への入居を希望している
- 本人は在宅での生活を希望している
- 本人の意向は確認していない・確認できない
- その他 ( )

入居希望する時期

- 今すぐ入居したい
- 平成 年 月ごろまでには入居したい
- その他 ( )

他施設の申込状況

- 当該施設のみ申込
  - 他の施設も申し込んでいる
- 他の施設名 \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

備考

本入居申込に記載した事項あるいは記載項目にない事項で、特に優先的な入居を考慮する必要がある場合には、その状況についてご記入ください。

留意事項 : 入居希望者の要介護度や家族等の介護者の状況など、本入居申込に記載した事項が変わった場合、あるいは他の特別養護老人ホーム等に入居した場合は、必ず当施設に連絡をしてください。

事務記入欄

受付日 年 月 日