

特別養護老人ホーム美土里荘 入所申込書兼台帳

申込日

申込者連絡先	フリガナ		続柄
	氏名		
	住所	〒	
	電話	自宅	
		携帯	

施設記入欄	受付日	
	受付職員	
	(備考)	

※今後連絡を取ることが出来る方をご記入ください

入所を希望する方の情報	フリガナ		性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	被保険者番号	
	氏名			担当居宅		ケアマネ	
	生年月日		年齢		要介護度	<input type="checkbox"/> 非該当・未申請	<input type="checkbox"/> 要介護3
	自宅住所等	<input type="checkbox"/> 申込者と同じ		要介護度		<input type="checkbox"/> 要支援1	<input type="checkbox"/> 要介護4
		<input type="checkbox"/> 申込者の住所・電話番号と異なる（下記に記入）				<input type="checkbox"/> 要支援2	<input type="checkbox"/> 要介護5
	電話番号	〒			<input type="checkbox"/> 要介護1	<input type="checkbox"/> その他	()
				認定期間		～	
				負担割合		所得段階	
	現在の居所	<input type="checkbox"/> 自宅で単身生活（独居） <input type="checkbox"/> 自宅で暮らしているが高齢者のみの世帯 <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 病院や施設に入所・入院している（下記に記入）					
	施設名称		所在地	住所			
いつから		電話番号					
ビ利用中のサービス	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリ(デイケア) <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 通所介護(デイサービス) <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 短期入所(ショートステイ) <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護			<input type="checkbox"/> その他のサービス（下記に記載） 支給限度額に対するサービス利用割合 %			
申込理由	<input type="checkbox"/> 身寄りがいないなど介護する者がいないため <input type="checkbox"/> 介護する者はいるが、地理的に離れているもしくは病院等に長期入院するなどの状況により事実上介護が不能 <input type="checkbox"/> 介護する者はいるが、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困難 <input type="checkbox"/> 介護する者はいるが、要支援状態・高齢等の状況にあり、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護する者はいるが、複数の介護や育児を行っているなど、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護する者はいるが、就業しているため十分な介護が困難						
本人意向	<input type="checkbox"/> 入所を希望している <input type="checkbox"/> 迷っている <input type="checkbox"/> 拒否している <input type="checkbox"/> 知らせていない <input type="checkbox"/> 認知機能低下により理解困難		申込者意向	<input type="checkbox"/> すぐにでも入所させたい <input type="checkbox"/> 入所可能になったら連絡が欲しい <input type="checkbox"/> 将来のために申込をしておきたい			

医療情報	現病	病名	医療機関名	期間	備考
<特別な医療> <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> インスリン自己注射 <input type="checkbox"/> ストーマ（人工肛門） <input type="checkbox"/> 膀胱カテーテル（フォーレ） <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> 人工透析 週 回 <input type="checkbox"/> その他（ ）					

※該当する項目にチェックし空欄に補足・注意点を記入下さい。ケアマネジャーからの基本情報をご提出頂いても結構です。					
身体・精神の状況	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 全盲		麻痺	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや難聴 <input type="checkbox"/> 難聴		拘縮	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	意思疎通	<input type="checkbox"/> 言葉で可 <input type="checkbox"/> 一部可能 <input type="checkbox"/> 不可能		食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	整容	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	対人	<input type="checkbox"/> 協調的 <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
	移動	<input type="checkbox"/> 協調的 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <使用機器等> <input type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> その他		排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <使用用具・環境等> <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> 尿取りパッド <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> ベッド上 <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> フォーレ
	特異行動	<input type="checkbox"/> 歩き回り <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴行・暴言 <input type="checkbox"/> 介護拒否 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 幻視・幻覚 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 独言 <input type="checkbox"/> その他		<自由記載欄>	

関係者連絡先	氏名	続柄	同居の別	連絡先	備考

同意欄	<input type="checkbox"/> 必要に応じ担当居宅（ケアマネ）・利用事業所から情報提供を求めても良い <input type="checkbox"/> 入所に当たり、その当時の居所へ状態確認の事前訪問をして良い <input type="checkbox"/> グループホームへも入所申請を行う（七戸町在住の方のみ） <input type="checkbox"/> 施設見学を希望する
-----	---

上記の通り、特別養護老人ホーム美土里荘への入所を申し込みます

令和 年 月 日

申込者