

受付No.

特別養護老人ホーム泉平ハイツ 入所申込書

(別紙1-1)

申込日 令和 年 月 日

申込者名 (続柄)

住 所

電話番号

携帯番号

フリガナ		男・女	生 年 月 日
氏 名			大正・昭和 年 月 日生 (歳)
現住所	〒 ー	電話番号	
介護保険情報	要介護度	保険者名(市町村名)	
	要介護 1・2・3・4・5		
	認定有効期間	介護保険被保険者番号	
	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで		

現在の生活	在宅生活		入院または施設入所中	
	<input type="checkbox"/> 自宅にて独り暮らし <input type="checkbox"/> 自宅で高齢者のみの世帯 <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしてる 居宅介護支援事業所 担当ケアマネジャー 連絡先 () ー	病院・施設名	入院理由	期 間 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで
本人の状況	入所を希望する理由			
	<input type="checkbox"/> 介護者がいない			
	<input type="checkbox"/> 介護者が「高齢」「障害」「疾病」等により十分な介護ができない			
	<input type="checkbox"/> 介護者の就労により十分な介護ができない			
	<input type="checkbox"/> 介護者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護ができない			
	<input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護ができない			
	<input type="checkbox"/> 施設や病院から退所、退院を迫られているが、自宅での介護ができない			
	<input type="checkbox"/> 介護者が2人以上の要介護者、障害者の介護または未就学児の育児をしているため十分な介護ができない			
<input type="checkbox"/> 老人保健施設や病院に入所・入院しているが、入所費用・入院費等の負担が大きい				
<input type="checkbox"/> その他(詳細をお書きください)				
家族等の状況	氏 名	続 柄	連絡先および備考	家 族 図

居宅サービス 利用状況	<input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護	<input type="checkbox"/> 訪問リハ <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与	詳細
医療の状況①	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル	<input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 痰の吸引 <input type="checkbox"/> 褥瘡の治療	<input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> その他 []
医療の 状況②	既往歴 現病歴 感染症に ついて	傷病名:) 発症年月(年 月)	
		傷病名:) 発症年月(年 月)	
		傷病名:) 発症年月(年 月)	
		傷病名:) 発症年月(年 月)	
		感染症 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
日常生活の 状況	食 事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> きざみ食 <input type="checkbox"/> 流動食 <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 (<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ)	
	入 浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (<input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 清拭)	
	移 動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> その他())	
	視 力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 見えない (眼鏡使用 あり なし)	
	聴 力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや難聴 <input type="checkbox"/> 難聴 (補聴器使用 あり なし)	
	意思の伝達	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> とときどきできる <input type="checkbox"/> できない	
	指示への反応	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> とときどきできる <input type="checkbox"/> できない	
	麻 痺	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (右上肢 ・ 左上肢 ・ 左下肢 ・ 右下肢)	
	拘 縮	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (肩関節・股関節・肘関節・手足指・その他)	
認知症等 の状況	物を盗られたなど被害的になる。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある	
	怒ったり泣いたり感情が不安定になる。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある	
	夜間不眠や昼夜逆転になる。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある	
	目的がなく歩き回る、外に出たがる。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある	
	家にいて落ち着かない。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある	
	ひどい物忘れがある。何度も同じ話をする。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある	
	作話をする。話がまとまらない。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある	
	介護に抵抗する。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある	
暴言、暴行、大声をあげる。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある		
物を壊したり服を破く。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある		
その他具体的にお書きください			
説明確認欄	私は、入所申し込みの際し、入所申し込みから入所契約までの入所決定方法について、 施設担当者から説明を受けました。 令和 年 月 日 氏名		