

# 特別養護老人ホームゆたか 入所申込書

提出日 年 月 日

<small>(フリガナ)</small> 氏名	介護 保険	保険者 <small>被保険者番号</small>	
生年月日	明・大・昭	年 月 日( 歳)	性別 男・女
<b>本人の状況</b> ※当てはまるものに、レ印を付けて下さい。(複数回答)			
要介護度	介護度1・介護度2・介護度3・介護度4・介護度5 (認定有効期間 年 月 日～年 月 日)		
入所を希望する理由	<input type="checkbox"/> 独り暮らしで、日常生活に支障が生じている。 <input type="checkbox"/> 介護者(家族等)が、高齢・病弱・就労・育児等のため介護が難しい。 <input type="checkbox"/> 他にも介護をしなければならない家族がいる。 <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により、在宅での介護が困難である。 <input type="checkbox"/> 病院や他の施設から退所を求められている。 <input type="checkbox"/> 介護保険の在宅サービス利用限度を超えるなど、費用負担が困難である。 <input type="checkbox"/> その他(介護で困っていることがありましたら、お書き下さい) <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; height: 20px; margin-top: 5px;"></div>		
認知症の症状	<input type="checkbox"/> 認知症(ぼけ症状)あり⇒以下の当てはまる項目に、レ印を付けて下さい。 <input type="checkbox"/> 認知症(ぼけ症状)なし <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <input type="checkbox"/> 自分で物をしまい無くしたり、誰かに物を盗られるような妄想がある。 <input type="checkbox"/> 金銭の勘定が出来なくなった。 <input type="checkbox"/> 自分の部屋や便所の場所が判らないなど、家のなかで迷う。 <input type="checkbox"/> 電話や留守電での受け答えが出来なくなった。 <input type="checkbox"/> 夜間眠らない。 <input type="checkbox"/> 鍋を焦がすなど、火の不始末がある。 <input type="checkbox"/> 家の外をさまよい歩く。 <input type="checkbox"/> 家族(介護者)への暴言や抵抗がある。 <input type="checkbox"/> 意味不明の言動がある。 <input type="checkbox"/> 奇声を上げる。 <input type="checkbox"/> 大便をいじる。 <input type="checkbox"/> 便所以外の場所で放尿する。 <input type="checkbox"/> ひんぱんに服を脱ぐ。 <input type="checkbox"/> 意思の疎通が困難。 <input type="checkbox"/> 同じ事を何度も言う。 <input type="checkbox"/> 食べ物以外を食べる。 <input type="checkbox"/> その他の症状(以下にお書き下さい。) <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; height: 20px; margin-top: 5px;"></div>		
身体 の 状況	<日常生活> ※ 次のア～エのうち、ほぼ当てはまるものに、1つ○印を付けて下さい。 ア 身の回りのことは大体自分で出来て、1人で隣近所へ外出できる。 イ 家の中では寝たり起きたり自力で過ごせるが、外出時には介助が必要。 ウ ベッド上で過ごすことが多いが、移動に車イスを使用できる。 (車イスで座る姿勢が保てる) エ 1日中ベッド上で過ごし、自分では身動き出来ず、全てに介助が必要。		

身体 の 状況	<医療の対応> ※ 当てはまるものに、レ印を付けてください。		
	<input type="checkbox"/> 経管栄養	<input type="checkbox"/> 人工肛門	<input type="checkbox"/> 胃ろう
	<input type="checkbox"/> インシュリン注射	<input type="checkbox"/> 在宅酸素	<input type="checkbox"/> 尿管カテーテル
	<input type="checkbox"/> その他、特に注意すること [ ]		
希望入所 の時期	<input type="checkbox"/> すぐに入所したい <input type="checkbox"/> 年      月頃が良い		
	<input type="checkbox"/> 特に希望はない		
現在の介護	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> その他(      )		
入所する場合の 居室について	<input type="checkbox"/> 個室希望 <input type="checkbox"/> 相部屋希望 <input type="checkbox"/> どちらでも良い		

**申込者欄 <家族等>**

フリガナ 氏名		本人との 続柄	
------------	--	------------	--

住 所 (郵便物の送付や施設からの連絡先)

※家族等の場合、入所契約者となれる方をお願い致します。

〒

Tel

	氏名	本人との続柄	住所(電話)	職業(勤務先電話)
身元保証 人(上記の 方も含む)			Tel - -	Tel - -
			Tel - -	Tel - -

ご家族の状況と御本人の状況

説明確認欄	入所に際しては、当該施設サービス体制、入居順位 の決定方法について十分な説明を受けました。	氏名	
-------	--	----	--

**申込代理者欄 <介護支援専門員>**

※本人又は家族等を代理して介護支援専門員が申し込む場合は、当欄に記入・確認願います。

代理申込を行う 介護支援専門員	フリガナ 氏名	連絡先 (電話)	Tel - -
--------------------	------------	-------------	---------

介護支援事業所名	
----------	--

代理申込を行う介護支援専門員の意見

※本人又は家族等への連絡先を上記申込者欄<家族等>に記入してください。

※添付書類 被保険者証の写し