

介護付有料老人ホームゆう(特定施設入居者生活介護)

入居申込書

施設 記入欄	申込日	平成 年 月 日	受付日時	年 月 日 時 分
-----------	-----	----------	------	-----------

介護付有料老人ホームゆう管理者殿

申込者	フリガナ		続柄	連絡先①	
	氏名			連絡先②	
	住所	〒 -			

介護付有料老人ホームゆうに入居希望するので、次のとおり申し込みします。

入居希望者の状況	(ふりがな)		性別	男 ・ 女	
	氏名		住民登録		
	現住所	〒 -			電話
	生年月日	明 ・ 大 ・ 昭	年	月	月 歳
	健康保険	種別		記号・番号	
	年金	種別			
	障害手帳等	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 手帳の種類 _____ (障害名 _____ ) (判定 _____ 級(度) _____ 年 _____ 月 _____ 日)			
	介護保険	被保険者番号		保険者(市町村)	
	要介護認定	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5			
		認定期間	_____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日		
現在利用している施設サービス等	<input type="checkbox"/> 自宅で暮らしている <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(入院)している。				
	施設名又は病院名 (所在地)				
	入所又は入院期間	_____ 年 _____ 月 _____ 日 ~			

社会福祉法人 七飯有隣会

入居希望者の状況	<p>現在利用している居宅サービス</p> <p>※1該当するものをすべて選んでください。</p> <p>※2〔 〕内に事業者名を記入して下さい。</p>	<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"/> 訪問リハビリテーション (月に 回程度) [ ]								
		<input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 (月に 回程度) [ ]								
		<input type="checkbox"/> 通所介護 (月に 回程度) [ ]								
		<input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション (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										
身体 の 状況	食事摂取	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助 (食事の種類) (主食) <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 半粥 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー (副食) <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ミキサー								
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助 (おむつの使用) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 昼夜 <input type="checkbox"/> 夜のみ								
	入浴更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助								
	移動	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 自立</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 見守り</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 一部介助</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 全部介助</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">(歩行)</td> <td style="text-align: center;">つかまり歩き</td> <td style="text-align: center;">杖使用</td> <td style="text-align: center;">車イス    寝たきり</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全部介助	(歩行)	つかまり歩き	杖使用	車イス    寝たきり
	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全部介助						
	(歩行)	つかまり歩き	杖使用	車イス    寝たきり						
	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									
認知・精神 の 症状	<input type="checkbox"/> なん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、誰かが注意していれば自立できる <input type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状が見られ、介護を必要とする。									



家族や住居等の状況	入居を希望する理由 ※該当するものをすべて選んで下さい。	<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、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護する者が、就労している状況にあり、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護する者の身体的・精神的負担が大きい		
		<input type="checkbox"/> 車イスを使用しているが、住居の廊下等の構造が適していないため介護が困難 <input type="checkbox"/> 住居の便所、浴室、階段等の形態や構造が適していないため、十分な介護が困難 <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、在宅での介護が困難 <input type="checkbox"/> 当該施設を退所し長期入院した後、退院することになったが在宅での介護が困難 <input type="checkbox"/> その他( )		
主な介護者	(ふりがな)		性別	明・大・昭
	氏名		男・女	年 月 日 歳
	同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 住所 〒 _____ 電話 _____		
	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	(介護をしている上で特に困っていること)			
その他	入居を希望する時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入居したい <input type="checkbox"/> 平成 年 月頃までには入居したい		
	他施設の申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込んでいる <input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込んでいる (他の施設名) _____		
	担当ケアマネ	氏名		連絡先電話番号
		事業所名		
備考	本入居申込書に記載した事項あるいは記載項目にない事項等で、特に優先的な入居を考慮する必要が有る場合は、その状況についてご記入下さい。			

**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、本入居申込書に記載した事項等が変わった場合、あるいは他の特別養護老人ホーム等に入所した場合は、必ず当施設に連絡して下さい。