

(表)

特別養護老人ホーム〔瀬々らぎの里〕

入所申込書

平成 年 月 日

(フリガナ) 氏名	保 険 者	桐生市・その他 ( )										
	保険者番号											
生年月日	明・大・昭	年	月	日	( 歳 )	性別	男・女					
利用者住所	〒 - 電話番号 - -											
<b>本人の状況</b> ※当てはまるものに、シ印を付けて下さい。												
要介護度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <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 (認定有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日)											
介護の時期	いつから介護が必要になりましたか? 年 月頃から											
入所を希望する理由	<input type="checkbox"/> 1. 独り暮らしで、日常生活に支障が生じている。 <input type="checkbox"/> 2. 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"/> 3. 他にも介護をしなければならない家族がいる。 <input type="checkbox"/> 4. 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"/> 5. 病院や他の施設から退所を求められている。 <input type="checkbox"/> 6. 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"/> 7. 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。) [ ]											
認知症について	<input type="checkbox"/> 認知症(ぼけ症状)あり ⇒ 以下の当てはまる項目に、シ点を付けてください。 <input type="checkbox"/> なし その他には入院・入所先などから伝えられている情報などをご記入ください。 <hr/> <input type="checkbox"/> 1. 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"/> 2. 金銭の勘定が出来なくなった。 <input type="checkbox"/> 3. 自分の部屋や便所の場所が判らないなど、家の中で迷う。 <input type="checkbox"/> 4. 電話や留守番での受け答えが出来なくなった。 <input type="checkbox"/> 5. 夜眠らない。 <input type="checkbox"/> 6. 鍋を焦がすなど、火の不始末がある。 <input type="checkbox"/> 7. 家の中をさまよい歩く。 <input type="checkbox"/> 8. 家族(介護者)への暴言や抵抗がある。 <input type="checkbox"/> 9. 意味不明の言動がある。 <input type="checkbox"/> 10. 奇声を上げる。 <input type="checkbox"/> 11. 大便をいじる。 <input type="checkbox"/> 12. 便所以外の場所で放尿する。 <input type="checkbox"/> 13. ひんぱんに服を脱ぐ。 <input type="checkbox"/> 14. 意志の疎通が困難。 <input type="checkbox"/> 15. 同じことを何度も言う。 <input type="checkbox"/> 16. 食べ物以外を食べる。 <input type="checkbox"/> 17. その他の症状(以下にお書き下さい。) [ ]											
身体の状況 ※現在の様子をご記入ください。	<日常生活> * 次のア～エのうち、ほぼ当てはまるものに、1つシ印を付けて下さい。 <input type="checkbox"/> ア. 身の回りのことは大体自分で出来て、一人で近所へ外出できる。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> ウ. ベッド上で過ごすことが多いが、移動に車いすを使用できる。 (車イスで座る姿勢が保てる) <input type="checkbox"/> 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。											

※当施設以外の特別養護老人ホームへ入所決定した際は、ご連絡をお願いいたします。

(裏)

身体の状況	<p>&lt;医療の対応&gt; * 次の当てはまるものに、レ印を付けて下さい。</p> <table border="0"><tr><td><input type="checkbox"/> 1. 経管栄養(胃ろう・鼻腔)</td><td><input type="checkbox"/> 2. 人工肛門</td><td><input type="checkbox"/> 3. ペースメーカー</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 4. インシュリン注射</td><td><input type="checkbox"/> 5. 在宅酸素</td><td><input type="checkbox"/> 6. 尿管カテーテル</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 7. 褥そう(床ずれ)</td><td><input type="checkbox"/> 8. その他、特に注意すること * 感染症の既往歴等</td><td><input type="checkbox"/> 9. 人工透析</td></tr></table> <p>[ ]</p>					<input type="checkbox"/> 1. 経管栄養(胃ろう・鼻腔)	<input type="checkbox"/> 2. 人工肛門	<input type="checkbox"/> 3. ペースメーカー	<input type="checkbox"/> 4. インシュリン注射	<input type="checkbox"/> 5. 在宅酸素	<input type="checkbox"/> 6. 尿管カテーテル	<input type="checkbox"/> 7. 褥そう(床ずれ)	<input type="checkbox"/> 8. その他、特に注意すること * 感染症の既往歴等	<input type="checkbox"/> 9. 人工透析
<input type="checkbox"/> 1. 経管栄養(胃ろう・鼻腔)	<input type="checkbox"/> 2. 人工肛門	<input type="checkbox"/> 3. ペースメーカー												
<input type="checkbox"/> 4. インシュリン注射	<input type="checkbox"/> 5. 在宅酸素	<input type="checkbox"/> 6. 尿管カテーテル												
<input type="checkbox"/> 7. 褥そう(床ずれ)	<input type="checkbox"/> 8. その他、特に注意すること * 感染症の既往歴等	<input type="checkbox"/> 9. 人工透析												
希望入所の時期	<input type="checkbox"/> 1. すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 年      月頃がよい <input type="checkbox"/> 2. 状況に変化があった場合													
希望棟	※ 施設によっては、従来型と小規模生活単位型(ユニットケア)の2種類の入所サービスの選択が可能となります。希望する棟に、レ印を付けて下さい。 <input type="checkbox"/> 1. 従来棟 <input type="checkbox"/> 2. ユニット棟      (瀬々らぎの里の従来棟は、地域密着型特養のため、原則として桐生市の住民の方の利用となります。)													
現在の介護	<input type="checkbox"/> 1. 自宅 <input type="checkbox"/> 2. その他 [ ] <input type="checkbox"/> 3. 病院      [ 病院名:      入院日:      .      . ] <input type="checkbox"/> 4. 介護保険施設      [ 施設名:      入所日:      .      . ]													
他施設への申込状況	<input type="checkbox"/> 申込なし <input type="checkbox"/> 申込(予定)あり ⇒ 当施設も含めた入所希望施設 第1希望      第2希望      第3希望      第4希望													
<b>申込者欄&lt;家族等&gt;</b>														
説明確認欄	入所申込に係る説明事項について確認しました。 _____年 月 日 署名													
フリガナ氏名	_____	介護者の年齢	_____歳	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、入所契約の代理人となれる方をお願いします。 〒 _____ 電話番号 _____ 携帯電話 _____														
<b>申込代理者欄&lt;介護支援専門員&gt;</b>														
※本人又は家族等を代理して介護支援専門員が申込む場合は、当欄に記入願います。														
申請代理を行う介護支援専門員氏名	(フリガナ)氏名	連絡先電話番号	_____	_____	_____									
介護支援事業所	_____													
代理申請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、上記申込代理者欄<家族等>に記入してください。														
説明確認欄	入所申込に係る説明事項について確認の上、申込本人又は家族等にその旨を報告します。 _____年 月 日      代理申込 介護支援専門員署名													

※この申込書及び申込時にお伺いした個人情報に基づき入所検討を行います。申込内容の変更が生じた場合必ず申込施設へご連絡願います。(基本的に自己申請となります。)

※添付書類 介護保険 被保険者証の(写)

受付職員