

特別養護老人ホーム たぶのき 入居の申込書

施設長 殿

申込日 平成 年 月 日 (曜日) 受付担当者

申込者	ふりがな	続柄	電話	() -
	氏名		今後の連絡先	() -
	住所			

入居を希望する人、その状況について

※該当するところは記入か○印、□にはし印を付ける

ふりがな 氏名	男 女	住所	〒
要介護度	支援1・2 介護1・2・3・4・5・未認定	電話	() -
被保険者番号		生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 歳
生活	<input type="checkbox"/> 自宅で1人暮らし <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らし <input type="checkbox"/> 他の施設に入所中(施設名) <input type="checkbox"/> 現在入院中(病院名 時期 平成 年 月から入院)		
医療	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 褥瘡(床ずれ) <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> その他() 現在治療中の病気など(主治医) (歯科医)		

入居申込理由	<input type="checkbox"/> 介護する人がいない <input type="checkbox"/> 介護する人の(身体的・精神的)負担が大きくて自宅では困難 <input type="checkbox"/> 自宅で介護を始めた時期(年 月頃から) <input type="checkbox"/> 現在、介護保険サービスを利用して(いる・いない)(利用中のサービス)
主に介護している人について ※介護で困っていること	
主介護者氏名	続柄
その他	

◎ 同意書

福井県及び市町村からの要求があった場合には、この申込書の内容を報告する事に同意します。

平成 年 月 日 氏名

印

個人情報に関しましては、施設申込書類以外には使用いたしません。

※ ①申込の際には、介護保険証の写しを添付してください。

※ ②要介護度や連絡先の変更、申込み取り消し(移転・他の施設に入所・死亡)などがございましたら、随時ご連絡下さい。

「入居を希望される方」の事についてお伺いします

氏名	様		(居宅介護支援事業所)	(担当ケアマネージャー)
かかりつけ医療機関	(病院名)	(今までにかかった病氣)		
	(主治医)	(現在にかかっている病氣)		

本人の状況について

※当てはまる項目に○をつけて下さい。

歩行状態	1.普通	2.ゆっくりにから歩ける	3.何かにつかまって歩く	4.歩行不能
移動方法	1.普通	2.杖使用	3.老人車・歩行器使用	4.車イス使用(自力での操作可能・不可能)
着替え	1.普通	2.時間がかかるが自分で可能	3.一部介助でできる	4.全面介助必要
食事	1.自分で食べる	2.一部介助が必要	3.全面介助が必要	
嚥下	1.飲み込み良い	2.咽せある為見守り必要	3.飲み込み困難	4.経管栄養
排泄	1.自分で可能	2.一部介助(ズボン上げ下げ等)	3.全面介助	4.失禁有
排泄方法	1.トイレ	2.尿瓶	3.ポータブル	4.オムツ
視力	障害：有・無	眼鏡使用：有・無		
聴力	障害：有・無			
言語・理解	障害：有・無			
麻痺	有・無	(部位)		
物忘れ	有・無			

・何度も食事を要求する

・食べ物以外を口にする

・食事を食べない

・興奮する

・暴力がある

・大声を出す

・歩き回る

・物取られ妄想がある

・幻覚がある(見えない物が見える)

・トイレ以外で排泄ををする

・オムツをはずしてしまう

・昼夜逆転がある

・独語がある

・意欲が低下している

・自己中心的

・頑固

・怒りっぽい