

特別養護老人ホーム「コアトレース厨川」入居希望申込書

申込日	平成 年 月 日	受付印欄	
申込者	フリガナ	続柄	
	氏名		
住所	〒		
電話番号		携帯番号	

1. 入居希望者 ご本人様について

フリガナ ご入居者名	(男・女)		生年月日	大正・昭和 年 月 日 (歳)			
現住所	〒						
要介護認定 (介護保険証)	保険者	(市町村)		有効期間			
	介護度	申請中・1・2・3・4・5		平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで			
	介護保険負担限度額認定証	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		段階			
居宅介護支援 事業所	事業所名	TEL () -					
	担当介護支援 専門員						
現在の状況	<input type="checkbox"/> 一人暮らしである <input type="checkbox"/> 夫婦世帯である <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 老人保健施設等の施設や病院に入居・入院している ・施設名又は病院名： (所在地 市町村) 入居又は入院時期：平成 年 月頃から入居・入院している						
居宅サービス 利用状況	<input type="checkbox"/> 週5～7日サービスを利用している		サービス 内容	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護			
	<input type="checkbox"/> 週3～4日サービスを利用している			<input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問リハ			
<input type="checkbox"/> 週1～2日サービスを利用している		<input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 短期入所					
家族状況	氏名	年齢	続柄	就労	住所	同・別	
				有・無			
				有・無			
				有・無			
主たる介護者	フリガナ	性別		本人との関係：			
	氏名	男・女	生年月日	大正 昭和 平成	年	月	日
	区分	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 (住所：)					
申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込む <input type="checkbox"/> 他の施設も申し込んでいる。または、申し込む予定 申込施設名 (申込済・予定) (申込済・予定) (申込済・予定) (申込済・予定)						
入居希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入居したい <input type="checkbox"/> 平成 年 月頃までに入居したい						
本人の 入居意向	<input type="checkbox"/> 入居を希望 <input type="checkbox"/> 迷っている <input type="checkbox"/> 拒否 <input type="checkbox"/> 知らせていない <input type="checkbox"/> 認知機能低下により理解が困難						
本人経済状況	年金種類	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 共済年金					
	その他の収入	<input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> 恩給 <input type="checkbox"/> その他 ()					

2. 身体状況

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
	<input type="checkbox"/> ソフト食 <input type="checkbox"/> ハーフ食 <input type="checkbox"/> 経管栄養
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"/> オムツ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 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
意思疎通	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 簡単な会話は成り立つ <input type="checkbox"/> 難しい(会話は成立しない)

3. その他の状況

認知症の状況	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
具体的な症状	<input type="checkbox"/> 物忘れがある(食事したこと等) <input type="checkbox"/> 徘徊(外出して戻れない等)
	<input type="checkbox"/> 昼夜逆転がある <input type="checkbox"/> 介護されることに抵抗がある
	<input type="checkbox"/> 突然大声や奇声を発する <input type="checkbox"/> 幻覚や幻聴がある
	<input type="checkbox"/> 異食・過食がある <input type="checkbox"/> 同じことを何度も訴える
	<input type="checkbox"/> 暴言や暴行がある <input type="checkbox"/> 感情が不安定である
	<input type="checkbox"/> オムツを外す <input type="checkbox"/> その他 ()
医療的な処置	<input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 気管切開処置 <input type="checkbox"/> 透析
	<input type="checkbox"/> 経管栄養(経鼻・胃瘻) <input type="checkbox"/> ストーマ(人工肛門) <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法
	<input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> 褥瘡処置
	<input type="checkbox"/> その他 ()
既往歴	※ 現在治療中のものを含めて記載願います ・昭和 平成 年頃 () ・昭和 平成 年頃 () ・昭和 平成 年頃 ()
住宅環境	<input type="checkbox"/> 住環境が介護に適さない(トイレ・浴室状況・車椅子が使えない等) <input type="checkbox"/> 周辺環境が介護に適さない(坂道・階段上・アパート上層階等) <input type="checkbox"/> 認知症状が近隣に影響を与えている <input type="checkbox"/> その他または理由 ()
入居希望理由	<input type="checkbox"/> 介護する者がいないため
	<input type="checkbox"/> 介護する者が高齢で介護が困難
	<input type="checkbox"/> 介護する者が疾病や障害等により介護が困難なため
	<input type="checkbox"/> 介護する者が育児や複数の介護を行っていて介護が困難
	<input type="checkbox"/> 介護者が就労しており、介護が困難
	<input type="checkbox"/> 退院または退居を求められてる
	<input type="checkbox"/> その他 ()

※留意事項※

1. 添付書類
 - ① 介護保険証写し
 - ② 看護サマリー等(他の施設利用中の方。既往歴等の記載願います。担当ケアマネージャーより基本情報の提示が可能な場合はお願いいたします。)

2. 本申込書記載内容の状態やご連絡先など変化があった場合は、入所優先順位が変わることがありますので、必ず申込施設の生活相談員までご連絡をお願い致します。

3. 当施設に空き部屋が発生し、入居待機上位者への入居案内を送付した後に特別な理由無く入居をご辞退された場合は、申込自体をご辞退頂く事となります。
入居待機上位者として通知を受けた後、入居が困難な場合はお早めにお知らせ下さい。
入居待機上位と判定されない様、一時辞退者として登録させて頂きます。
(入居可能となった場合、お早めにお知らせ下さい。)

4. 連絡文書の通知先、電話連絡先につきましては、冒頭でご記入いただいた「申込者」様へ行いますので、住所連絡先が変更となった際もご連絡をお願いいたします。

5. 尚、本記載事項が事実と相違した場合は、申込みに関する一切の権利が取り消しになっても異議ありません。

特別養護老人ホーム「コアトレース厨川」入居希望申込書



確 認 欄	<p>上記注意事項の1～5に関する内容について了承いたします。 また、現在受けているサービス事業所又は医療機関への状況の確認を □ 了承します □ 了承しません</p> <p style="text-align: right;">確認者.....印</p>
-------	---

特別養護老人ホーム

 **コアトレース厨川**

〒020-0124 岩手県盛岡市厨川二丁目7番20号
TEL (019) 648-0841 FAX (019) 648-0843