

特別養護老人ホーム「コアトレース厨川」入居希望申込書



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

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	令和 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				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)	被保険者 番号						保険者 (市町村)	
	介護度	申請中・1・2・3・4・5				有効 期間	平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日	
	介護保険負担限度額認定証		<input type="checkbox"/> あり (段階)		<input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> 未申請	
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 令和 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					
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：)						
入居希望者の 家族構成	氏名	年齢	続柄	就労	住所			
				有・無				
				有・無				
				有・無				
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							
入居希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入居したい <input type="checkbox"/> 6か月以内 <input type="checkbox"/> 1年以内							
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			円/月			
	その他の収入	<input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> 恩給 <input type="checkbox"/> その他			円/月			
短期入所 希望	*施設のベッドに空きがある場合、短期入所の連絡を差し上げて良いですか <input type="checkbox"/> 連絡しても良い <input type="checkbox"/> 短期入所は利用しない							

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
	(主食) <input type="checkbox"/> 常食	<input type="checkbox"/> 半粥	<input type="checkbox"/> 全粥	<input type="checkbox"/> ゼリー粥
	(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
	(備考) <input type="checkbox"/> 経管栄養	<input type="checkbox"/> 糖尿病食	<input type="checkbox"/> 減塩食	
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"/> 経管栄養 (経鼻・胃瘻)	<input type="checkbox"/> 透析 (週 回)	<input type="checkbox"/> バルーンカテーテル
	<input type="checkbox"/> ストマ (人工肛門)	<input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 (ℓ)	<input type="checkbox"/> 褥瘡処置
	<input type="checkbox"/> 吸引 (昼 回・夜 回)	<input type="checkbox"/> インスリン注射 (朝・昼・夕)	
	<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 令和 年頃 ()		
	昭和 平成 令和 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		
その他	<input type="checkbox"/> その他 ()		
	(例：介護上での悩みや困り事 など)		

* お願い *

- ① 介護保険証、限度額認定証(お持ちの方)、基本情報等の添付をお願いいたします。
- ② 入居希望者の要介護度や住所の変更等, 入居申込書に記載した事項等に変更があった場合, 入居希望者がお亡くなりになられた場合, 他の介護老人福祉施設等に入居された場合は, 必ず当施設に連絡をお願いいたします。
- ③ 必要に応じて申込み後の状況について、「申込者」様へ確認のご連絡することがございますので、住所や連絡先が変更となった際もご連絡をお願いいたします。

同意 確認欄	<p>1、現在、受けているサービス事業所又は医療機関への本人状況の確認に同意します。</p> <p>2、毎年岩手県が独自に実施している「介護保険施設入所（入院）希望者数調査」など県または市町村から状況把握のために求められた場合には施設が提示することに同意します。</p> <p style="text-align: right;">確認者 ⑩</p> <p style="text-align: center;">-----</p> <p style="text-align: right;">確認欄について、自署の場合は、押印不要です。</p>
-----------	--