

ローズヒル 入所申込書

申込日	令和 年 月 日	受付日	令和 年 月 日
* 受付後5年間保存します		受付時刻	午前・午後 時 分

申込者(連絡先)

ローズヒル 施設長殿

住所	〒 _____		
フリガナ		自宅	()
氏名		携帯	()

特別養護老人ホーム ローズヒルに入所したいので、次のとおり申し込みます。

入所希望者の状況	(フリガナ)		性別	男・女	
	氏名		住民登録	市・区・町・村	
	現住所	〒 _____ 電話 _____			
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)			
	健康保険	種別	記号・番号		
	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	保険者	被保険者番号		
	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 【要介護1、要介護2の方へ】 要介護1又は要介護2の方が特別養護老人ホームに入所するには、居宅において日常生活を営むことが困難なことについてやむを得ない事由があると認められることが必要です。 ①認知症である者であって、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる、②知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られる、③家族等による深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難である、④単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である等により家族等による支援が期待できず、かつ、地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分である、という事情がある場合には、そうした事情がわかるように、次ページ以降の各欄に具体的な状況を記載してください。			
		認定期間 年 月 日 ~ 年 月 日			
	現在利用しているサービス等	<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(入居)している <input type="checkbox"/> 自宅で暮らしている (施設に入所(入居・入院している場合))			
	施設名または病院名		担当者		
	住所		TEL _____		
	入所または入院期間	年 月 日 ~			
担当ケアマネジャー又はソーシャルワーカー	氏名		電話	()	
	事業所名				

入所希望者の状況	<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 []内に事業所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"/> 訪問介護入浴 (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"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問看護 (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護 (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 福祉用具の貸与・購入費支給 (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 住宅改修費の支給 <input type="checkbox"/> その他の生活支援 ()					
	<p>認知症・精神の症状</p>	<input type="checkbox"/> 年齢相応のもの忘れを有するが、日常生活はほぼ自立している。 <input type="checkbox"/> 認知症を有するが、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。 <input type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状が頻繁に見られ、常に介護を必要とする。 <input type="checkbox"/> 著しい精神症状や問題行動が見られ、精神科に通院している。 (特記事項)					
家族や住居等の状況	(フリガナ)			性別	年齢/生年月日	() 歳	
	氏名			男・女	明・大・昭・平	年 月 日	
	同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 住所 〒		携帯 () 自宅 ()			
		同居希望者との関係 <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()					
	主な介護者	(フリガナ)		性別	年齢		
		氏名		男・女	歳		
	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	住所 〒		自宅 () 携帯 ()			
<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							
意見	(介護をしているうえで特に困っていること)						

ご利用者生活歴調査票

《入所順位の確定に大きく影響しますので、出来るだけ詳しくご記入お願いします。》

ご 利 用 者 の 履 歴		
就 学 歴	出生地	
	年齢／性別	(例) <input type="checkbox"/> =男、 <input type="checkbox"/> =女 同居= <input type="checkbox"/> で囲む <input type="checkbox"/> ●=永眠
	性格／嗜好	
	お若い頃の 生活観など	
就学の状況 (学歴など)		
職 歴		
婚 姻 歴 な ど	婚姻歴 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> あり (年)⇒子供 人()	婚姻の有無 結婚後の生活 状況、環境等
経 済 的 状 況	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 年金 <input type="checkbox"/> その他()	主な収入
	<input type="checkbox"/> 無し 経済的援助者⇒() <input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> その他() 年金月額 円	年 金
	財産等の管理 (後見)	財産等の管理 (後見)
	現在の性格 施設入所に関する 理解、及び考え方	
その他(ご本人、ご家族などの状況／施設への希望、要望) ※何でもご記入下さい。		

身体状況	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 大きな字なら <input type="checkbox"/> ぼんやり <input type="checkbox"/> 見えない 眼鏡 有・無							
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 大きな声なら <input type="checkbox"/> 耳元で <input type="checkbox"/> 聞こえない 補聴器 有・無							
	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							
	歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 掴まり歩き						
	起居動作	立位 可()・不可			座位 可()・不可				
	麻痺	有・無 部位() きっかけ→()							
	皮膚	褥瘡 有・無 部位()			浮腫 有・無 部位()				
	アレルギー	食品	有り() 不明 無し		体格	<input type="checkbox"/> やせ気味 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 太り気味			
		薬品	有り() 不明 無し						
身長			体重			足のサイズ			
生活状況	食事	主食	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> かゆ <input type="checkbox"/> ソフトゼリー		副食	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 極刻み <input type="checkbox"/> ソフトゼリー			
		水分	とろみ 有・無 ()		麺類	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 極刻み <input type="checkbox"/> ソフトゼリー			
		方法	<input type="checkbox"/> 経口摂取 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> その他()						
		食事介助	有()・無 <input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> その他						
		食事制限	有()・無			食事回数	回()		
		食欲	有・無・不明			味覚の低下	有・無・不明		
	口腔	義歯	有・無 上・下 (使用中・除去中)			部分入れ歯	有・無	自歯	本
		口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助						
		ケア方法	<input type="checkbox"/> 歯磨き <input type="checkbox"/> うがい <input type="checkbox"/> 義歯洗浄 <input type="checkbox"/> ガーゼによる清拭 <input type="checkbox"/> その他()						
		義歯着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助						
		咀嚼	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不完全 <input type="checkbox"/> 不可能						
		食べこぼし	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 多少あり <input type="checkbox"/> 多い						
		むせこみ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 多少あり <input type="checkbox"/> 多い						
	排泄	方法	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> トイレ介助(声かけ含む) <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ(常時・夜間) <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 留置カテーテル						
		形態	<input type="checkbox"/> 布パンツ <input type="checkbox"/> 紙パンツ(常時・夜間) <input type="checkbox"/> オムツ(常時・夜間) <input type="checkbox"/> パット使用(有・無)						
		排便	回/日 (下痢・便秘)		下剤	有()・無			
	その他	着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助						
		入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			形態	<input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 中間浴 <input type="checkbox"/> 特浴		
		睡眠	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 断続的 <input type="checkbox"/> 不眠			時間	時頃 ~ 時頃		
		眠剤	有()・無			ベッド使用	有・無	夜間トイレ回数	回位
	特記事項								

