

ローズヒル東八幡 入所申込書

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

ローズヒル東八幡 施設長殿

申込者(連絡先) ※面接などのご連絡をさせて頂くため、連絡が取れる方のお名前をご記入ください

住 所	〒		
フリガナ		電話番号	自宅
氏 名			携帯

特別養護老人ホーム ローズヒル東八幡に入所したいので、次の通り申し込みます。

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 ・ 大 ・ 昭 年 月 日 (歳)		
	健康保険	種 別	記号・番号	
	年 金 等	種 別		
	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	被保険者番号		
	<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			
現在利用している施設、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(所在地)	市 ・ 区 ・ 町 ・ 村		
	入所又は入院期間			

※ 氏名、生年月日、被保険者番号、要介護認定については、被保険者証の内容に合わせて記載してください。

ローズヒル東八幡①

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ください。</p>	<input type="checkbox"/> 訪問介護 (月に 回程度) 【 】 <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 (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"/> 短期入所療養介護 (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"/> 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 <input type="checkbox"/> 住宅改修の支給 <input type="checkbox"/> その他の生活支援 【 】					
	担当ケアマネジャー (ソーシャルワーカー)	氏名	電話番号				
	事業所名						
家族や住居等の状況	主な介護者	(フリガナ)	性別	年齢／生年月日	(歳)		
		氏名	男・女	明・大・昭	年	月	日
		同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 住所 〒 ----- 自宅 () 携帯 ()				
		入居希望者との関係	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 (続柄:) <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他()				
		(フリガナ)	性別	年齢／生年月日	(歳)		
		氏名	男・女	明・大・昭	年	月	日
		他の介護者	住所 〒 ----- 自宅 () 携帯 ()				
		入居希望者との関係	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 (続柄:) <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他()				
		意見	(介護をしているうえで特に困っていること)				

入所申込み者生活歴調査票

《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			
	出生地		家族・親族家系図 (例) □＝男、○＝女、同居＝○で囲む ■、●＝永眠
	性格／嗜好 お若い頃の 生活観など		
就学歴	就学の状況		
職歴			
婚姻歴など	結婚後の生活状況、環境など	婚姻歴 □なし □あり(年)→子供 人(男 人、女 人)	
経済的状況	主な収入	□ なし □ 年金 □ その他()	
	年金	□ なし 経済的援助者()	
		□ 国民年金 □ 厚生年金 □ 遺族年金 □ その他()	
	財産等の管理(後見)		
現在の性格、施設入所への理解や考え方			
その他(ご本人、ご家族が困っていること、施設への希望や要望など) ※何でもご記入ください			

身体状況	視力	□普通 □大きな字なら可 □ぼんやり見える □見えない メガネ 有・無					
	聴力	□普通 □大きな声なら可 □耳元でなら可 □聞こえない 補聴器 有・無					
	言語	□普通 □聞き取りにくい □聞き取れない		使用具	無・有()		
	歩行	□自立 □何かにつかまれば可 □介助があれば可 □歩けない					
	起居動作	立位 可・捕まれば可・不可		座位 可・支えがあれば可・不可			
	麻痺	□無 □有(部位:) (きつかけ:)					
	皮膚	褥瘡	□無 □有(部位:)		浮腫	□無 □有(部位:)	
	アレルギー	食品	有() 無 不明		体格	□ やせ気味 □普通 □太り気味	
		薬品	有() 無 不明				
体重	kg		身長	cm		足のサイズ	cm
生活状況	食事	形態	主食(□常食 □粥 □ペースト) 副食(□常食 □刻み □極刻み □ペースト) 麺類(□常食 □刻み □極刻み □ペースト) 水分(とろみ □なし □あり)				
		方法	□経口 □胃ろう □経鼻 □その他()				
		介助	□なし □一部介助 □全介助		使用具	□箸 □スプーン □フォーク □その他	
		回数	回()		食欲	□多い □普通 □少ない	
		食事制限(塩分、加リー制限など)					
		禁食(食べてはいけない物)					
	口腔	義歯	□なし □あり (□上・□下 / □使用中 □除去中)				
		口腔ケア	□自立 □一部介助 □全介助				
		ケア方法	□歯磨き □うがい □義歯洗浄 □清拭 □その他()				
		義歯着脱	□自立 □一部介助 □全介助		咀嚼	□可能 □不完全 □不可能	
		食べこぼし	□なし □多少あり □多い		むせこみ	□なし □多少あり □多い	
	排泄	方法	□自立 □要介助(声かけ含) □ポータブルトイレ(常時・夜間) □オムツ □留置カテーテル				
		形態	□布パンツ □紙パンツ(常時・夜間のみ) □オムツ(常時・夜間のみ) □パット(常時・夜間のみ)				
		排便	回/ 日 (下痢・便秘)		下剤	□なし □あり()	
	入浴	着脱	□自立 □一部介助 □見守り □全介助				
		入浴	□自立 □一部介助 □全介助		方法	□一般浴 □中間浴 □特浴	
	その他	睡眠	□良好 □断続的 □不眠		時間	時頃 ~ 時頃	
		眠剤	□なし □あり()				
	特記事項						

精神状況	記憶	氏名	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> やや可 <input type="checkbox"/> 不可		年齢	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> やや可 <input type="checkbox"/> 不可	
	意識	日付	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> やや可 <input type="checkbox"/> 不可		現住所	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> やや可 <input type="checkbox"/> 不可	
	疎通	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 悪い <input type="checkbox"/> 出来ない					
	意思決定	<input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> 日常的に問題なく出来る <input type="checkbox"/> ほぼ出来ない <input type="checkbox"/> 出来ない					
	意思の伝達	<input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> 日常的に問題なく出来る <input type="checkbox"/> ほぼ出来ない <input type="checkbox"/> 出来ない					
	指示への反応	<input type="checkbox"/> 通じる <input type="checkbox"/> 時々通じる <input type="checkbox"/> 通じない					
	問題行動	<input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 幻聴 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 奇声 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 攻撃的行動					
		<input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 性的逸脱行為 <input type="checkbox"/> 介護拒否 <input type="checkbox"/> 作話					
<input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 重度の物忘れ <input type="checkbox"/> 同じ話の繰り返し							
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> その他()							
受診の有無 (精神科)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(病院／初診年月)						
疾病関連	病歴	発病年月	医療機関	経過(入院の有無・治療方法など)			
	現在服用している薬		服用時間(○で囲んでください)				
			起床時・朝前・朝後・昼前・昼後・夕前・夕後・食間(時)・就寝前・頓服				
			起床時・朝前・朝後・昼前・昼後・夕前・夕後・食間(時)・就寝前・頓服				
			起床時・朝前・朝後・昼前・昼後・夕前・夕後・食間(時)・就寝前・頓服				
			起床時・朝前・朝後・昼前・昼後・夕前・夕後・食間(時)・就寝前・頓服				
			起床時・朝前・朝後・昼前・昼後・夕前・夕後・食間(時)・就寝前・頓服				
			起床時・朝前・朝後・昼前・昼後・夕前・夕後・食間(時)・就寝前・頓服				
			起床時・朝前・朝後・昼前・昼後・夕前・夕後・食間(時)・就寝前・頓服				
			起床時・朝前・朝後・昼前・昼後・夕前・夕後・食間(時)・就寝前・頓服				
発熱のしやすさ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		脱水傾向	感染症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()		
障害手帳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 身体／ 種 級)						
医療的処置	<input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ(人工肛門) <input type="checkbox"/> 経管栄養(胃ろう) <input type="checkbox"/> 吸引(回／日) <input type="checkbox"/> 疼痛看護 <input type="checkbox"/> その他()						

認知症老人の日常生活自立度	自立	
	I)何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。	
	II)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多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。	
	II a)家庭外で上記 II の状態がみられる。	
	II b)家庭内でも上記 II の状態が見られる。	
	III)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見られ、介護を必要とする。	
	※ご本人の認知症による日常生活の状態で、当てはまるものに○をしてください	III a)日中を中心として上記 III の状態が見られる。 III b)夜間を中心として上記 III の状態が見られる。 IV)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、常に介護を必要とする。 M)著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。
親族・介護者等の状況 (該当するもの全てに○をしてください)	身寄りがいない。もしくは利用者が住んでいる近隣に、介護する家族がいない	
	介護者が要介護状態・病気療養中・障害を有するなどの状況にあり、十分な介護が困難	
	介護者が要支援状態、高齢などの状況にあり、十分な介護が困難	
	複数の介護や育児を行っている状況にあり、十分な介護が困難	
	主たる介護者が生計を支えるために就労をしている状況にあり、十分な介護が困難	
ご本人の状況	住宅環境(廊下・階段・トイレ・浴室等の住宅改修が困難)が適していないため十分な介護が困難	
	介護老人保健施設、介護療養型医療施設、病院などから退所(退院)を求められているが、在宅での介護が困難	
その他	介護する者の身体的、精神的負担が大きい	
	(当てはまらない場合、具体的に記載してください)	
入所を希望する時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 1年くらい先には入所したい <input type="checkbox"/> 半年くらい先には入所したい <input type="checkbox"/> 将来的に必要なになった時に入所したい <input type="checkbox"/> その他()	
他施設への申し込み状況	<input type="checkbox"/> 当該施設(ローズヒル東八幡)のみ申し込んでいる <input type="checkbox"/> 他施設にも申し込んでいる(他の施設名)	
同意確認欄	<input type="checkbox"/> 入所申し込みに関する情報について、市町村または県から状況把握のために提示を求められた場合には、施設がこれを提示することについて同意します。 <input type="checkbox"/> 入所要件の判定や入所の必要性の高さを判断するために必要がある場合には、入所申し込みに関する情報を施設が市町村に提示して意見を求め、報告を行うことについて同意します。 <input type="checkbox"/> 申し込みから2年を経過した後、施設からの連絡に対して応答がなく、施設が入所希望者の状況を把握することができない場合には、本申し込みを無効にすることについて同意します。 <div style="text-align: right;">利用者氏名 印</div> <div style="text-align: right;">申込者氏名 印</div>	
説明確認欄	私は入所申込みに際し、入所申込みから入所契約までの手続き及び入所順位決定方法について、ローズヒル東八幡から説明を受けました。 年 月 日 氏名 (続柄)	
入所希望者の要介護度やご家族等の状況など、本入所申込書に記載した事項に変更が生じた場合、死亡された場合、あるいは他の施設へ入所された場合は、必ずローズヒルまでご連絡をいただきますようお願いいたします。 連絡先 ローズヒル 東八幡 TEL 0463-75-8710		
記入年月日	年 月 日	記入者名(続柄) ()

本入所申込書に記載した事項あるいは記載事項にない項目で、必要がある場合はご記入ください

[illegible]

施設側経過記入欄

[illegible]