

有効期限

平成26年9月30日

様式1
(特別養護老人ホーム 白熊園)

入所申込書

申込年月日	平成 年 月 日		受付番号			
入 所 申 込 者	フリガナ		生年月日	明治・大正・昭和		
	氏名			年 月 日 (年齢)	性別	男・女
	住所	郵便番号(-)			電話番号	()
	連絡先	郵便番号(-)			電話番号	()
	介護認定	申請(更新・変更)中・済		被保険者番号		
	要介護度	1・2・3・4・5		有効期間	平成 年 月 日～平成 年 月 日	
	現在の住居	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム <input type="checkbox"/> ケアハウス <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 生活支援ハウス <input type="checkbox"/> 一般病院 <input type="checkbox"/> その他()				
	平成 年 月 頃 より	施設名【】				
家族・申込者	フリガナ		続柄	備考		
	氏名					
	住所	郵便番号(-)			電話番号	()
	連絡先1	郵便番号(-)			電話番号	()
	連絡先2	郵便番号(-)			電話番号	()
居宅介護支援事業者	事業所名			事業者番号		
	住所	郵便番号(-)			電話番号	()
	フリガナ	備考				
担当者名						
他施設の状況	施設名1			申込 予定・済 (申込時期 年 月 頃)		
	施設名2			申込 予定・済 (申込時期 年 月 頃)		
	施設名3			申込 予定・済 (申込時期 年 月 頃)		
入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 平成 年 月 頃入所したい					

【説明確認及び同意書】

次の事項について施設から説明を受けました。

- ・入所申込から契約までの必要な手続き及び入所にあたっての注意事項についての説明。
- ・入所申込者の入所優先順位決定方法についての説明。
- ・入所優先順位の見直しについての説明。
- ・申込書の内容に変化があった場合は、施設に連絡することについての説明。

入所が可能になったにもかかわらず、自己都合により入所を辞退した場合は、入所優先順位名簿から削除されることに同意します。
優先入所制度の適正な運用のため、この申込書及び調査票の内容を行政機関等の求めに応じて提供することに同意します。

上記に記入している申込み済(予定)の特別養護老人ホーム間でこの申込書の内容及び調査票の内容を提供することに同意します。

平成 年 月 日

氏名

印(続柄)

施設記入	担当者名		職種	施設長・相談員・ケアマネ・その他()
	備考			

調査票

調査年月日	平成 年 月 日		受付番号			
フリガナ 入所申込者名		男・女	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日(歳)		
本人の状況	介護認定	申請(更新・変更)中・済		被保険者番号		
	要介護度	1・2・3・4・5		認知症の問題行動	ほぼ毎日・週1~2回程度・なし	
	認定有効期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日				
身体障害者手帳・原爆手帳等の有無				有・無		
介護サービス等の利用状況	現在の住居	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム <input type="checkbox"/> ケアハウス <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 生活支援ハウス <input type="checkbox"/> 一般病院 <input type="checkbox"/> その他()				
	平成 年 月 頃より入所・入院中				施設名	
	居宅介護サービス	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハ		単位	<input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護	単位
	利用状況	上記合計				単位 ÷ 25848 × 10 = 割
	介護者等の状況	介護者1 フリガナ 氏名 続柄 住所	同居・別居		家族の構成	
介護者2 フリガナ 氏名 続柄 住所	同居・別居					
居本住人地の特記事項	介護者の障害・疾病等	<input type="checkbox"/> 介護困難 <input type="checkbox"/> 少少困難 <input type="checkbox"/> 介護可能				
	複数介護・育児・就労	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り				
	他の介護協力	<input type="checkbox"/> ほとんど無し <input type="checkbox"/> 隨時有り <input type="checkbox"/> 常時有り				
居本住人地の特記事項	市内外の居住状況	<input type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 市外				
	能古島居住状況	<input type="checkbox"/> 現在居住 <input type="checkbox"/> 過去に居住(当時の住所等:)				
備考	長期にわたる介護	<input type="checkbox"/> 理由:				
	施設等からの退所	<input type="checkbox"/> 理由:				
	介護への姿勢	<input type="checkbox"/> 理由:				
	住環境問題	<input type="checkbox"/> 理由:				
	居宅サービス利用状況	<input type="checkbox"/> 理由:				
	特に考慮すべき認知症症状	<input type="checkbox"/> 理由:				
	在宅における医療的処置	<input type="checkbox"/> 理由:				
	その他	<input type="checkbox"/> 理由: <input type="checkbox"/> 理由:				

調査担当者名		事業所名	電話番号 ()
施設受付担当者名		職種	施設長 生活相談員 ケアマネ その他()

特別養護老人ホーム 白熊園 入居申込書 調査票

整 理 番 号:	調 査 日:平成 年 月 日
入居申込者氏名:	介護者氏名: (続柄:)
医 療 処 置	経鼻栄養・胃瘻・吸引・在宅酸素・インシュリン注射・人口肛門(ストマ) 導尿カテーテル・褥瘡処置・その他()
病歴、入院歴、現在治療中のご病気等	
飲んでいる薬	
アレルギー	有り(症状:)・無し
認 知 障 害	生活に障害なし・軽度・中度・重度
	記憶障害(物忘れ)・異食行為・不潔行為・徘徊・放尿・作話・被害妄想 収集癖・幻視・幻聴・暴言・暴行・その他()
	(具体的な症状等)
身長・体重	身長: センチ 体重: キロ
歩 行	自立可能(独歩)・杖や歩行器等を使用・手引き歩行 車椅子(自力・介助)・不可
座 位	自立可能・掴まれば可能・背もたれ必要
排 泄	自立・声掛けすれば可能・付き添い必要・トイレ使用 ポータブルトイレ使用・オムツ使用(昼・夜間・昼夜) 尿・便意(有・無)
発 語	可能・少し難・かなり困難・不可
聴 力	健常・少し難・かなり困難・不可
視 力	健常・少し難・かなり困難・不可
食 事	自立・介助・半介助 ムセ込みの有無(有・無) 普通食・きざみ食・流動食・胃瘻・経鼻栄養
入 浴	自立・要見守り・半介助・全介助
衣 類 着 脱	自立・要見守り・半介助・全介助
口 腔 ケ ア	自立・要見守り・半介助・全介助 入歯(部分・全部)
介護する上での留意事項	
タバコ	吸う(本/日)・吸わない
お 酒	飲む(本/日)・飲まない
ご本人・ご家族の介護への意向	

調査担当者 :