

施設受付印

特別養護老人ホーム 戸倉の集い 入所申込書

〒389-0804

社会福祉法人 暖家

戸倉の集い

長野県千曲市戸倉1922-1

TEL : 026-214-1092

申込日	令和	年	月	日
受付日	令和	年	月	日

特別養護老人ホームに入所したいので、入所調査票、認定調査票（写）、被保険者証を添えて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	被保険者番号	
	氏名	男・女	要介護度 1・2・3・4・5	
	生年月日	明/大/昭 年 月	要介護認定期間 平成/令和 年 月 日から 平成/令和 年 月 日まで	
	現住所	〒 -	居宅介護支援事業所 TEL : ()	
			担当 ケアマネ	
	家族構成図 ◎…本人 ☆…主たる介護者 □…男性 ○…女性		お申し込み者	
		フリガナ	氏名	
		連絡先	自宅電話	携帯電話
		住所	〒 -	
		フリガナ 氏名	本人と同居の有無	連絡先
		有・無		
		有・無		
		有・無		
		有・無		
医療状況	【主な病歴】			
	<input type="checkbox"/> 経管栄養（胃ろう・鼻腔） <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 人口透析 <input type="checkbox"/> 人口肛門 <input type="checkbox"/> 膀胱ろう <input type="checkbox"/> その他（			
	服薬	有・無		
	主治医	病院名	担当医	

入所を希望する理由（該当するものを全て選んで下さい。）	<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」、「障害」、「疾病」等により十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 介護者が就労していることから、十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 介護者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所を求められているが、自宅での介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> その他			
入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい。 <input type="checkbox"/> 令和 年 月頃までに入所したい。			
申込状況	<input type="checkbox"/> 他の施設も申し込んでいる。又は今後他の施設も申し込む予定。 <input type="checkbox"/> 既に申し込んでいる他の施設名（ <input type="checkbox"/> 今後申し込む予定の施設名（			
施設入所希望者の心身状況	目	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 見えにくい <input type="checkbox"/> 全盲 （眼鏡： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無）	食	<input type="checkbox"/> 自分で食べることができる <input type="checkbox"/> 一部介助があれば、食べることができる <input type="checkbox"/> 自分で食べることができない
	耳	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聞こえにくい <input type="checkbox"/> 全ろう （補聴器： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無）	移	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> キザミ食 <input type="checkbox"/> ミキサー食
	会話	<input type="checkbox"/> 日常会話ができる <input type="checkbox"/> あいさつ程度はできる <input type="checkbox"/> 会話が全くできない	移	<input type="checkbox"/> 自立歩行 <input type="checkbox"/> 伝い歩き <input type="checkbox"/> 手引き歩行 <input type="checkbox"/> 杖を使用 <input type="checkbox"/> 押し車を使用 <input type="checkbox"/> 歩行器を使用 <input type="checkbox"/> 車いすを使用（ <input type="checkbox"/> 自分で操作 <input type="checkbox"/> 介助が必要）
	着替え	<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 一部介助があればできる <input type="checkbox"/> 一人では全くできない	整	洗面 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 歯磨き <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 義歯 <input type="checkbox"/> 有（ <input type="checkbox"/> 管理可 <input type="checkbox"/> 管理不可） <input type="checkbox"/> 無
	身体	<input type="checkbox"/> 麻痺などは特になく、ある程度は自由に動かせる <input type="checkbox"/> 動かしにくい、動かない部位がある（ <input type="checkbox"/> 右手 <input type="checkbox"/> 左手 <input type="checkbox"/> 右足 <input type="checkbox"/> 左足）		
	入浴	<input type="checkbox"/> 見守りがあれば自分で入浴することができる <input type="checkbox"/> 一部介助が必要 <input type="checkbox"/> 全て介助が必要		
	排泄	<input type="checkbox"/> 自分でトイレに行く <input type="checkbox"/> ポータブルトイレを使用する <input type="checkbox"/> 一部介助が必要 <input type="checkbox"/> 全て介助が必要 <input type="checkbox"/> 布のパンツを使用 <input type="checkbox"/> 紙パンツ、リハビリパンツを使用 <input type="checkbox"/> パットを使用 <input type="checkbox"/> 紙オムツを使用		
	診断	<input type="checkbox"/> 有（病院名： 診断名： <input type="checkbox"/> アルツハイマー型 <input type="checkbox"/> レビー小体型 <input type="checkbox"/> 脳血管性 <input type="checkbox"/> その他（		
	認知症	物忘れ <input type="checkbox"/> 何も覚えることができない <input type="checkbox"/> よくある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> 全くない 時間や場所 <input type="checkbox"/> 何も理解できない <input type="checkbox"/> 理解できないことがある <input type="checkbox"/> 理解できる 特記事項 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 徘徊行動 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 幻聴・幻覚 <input type="checkbox"/> 物盗られ妄想・被害妄想 <input type="checkbox"/> 暴言・暴力 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 火の始末 <input type="checkbox"/> その他 （		
	性格	<input type="checkbox"/> おとなしい <input type="checkbox"/> 朗らか <input type="checkbox"/> 親しみやすい <input type="checkbox"/> 几帳面 <input type="checkbox"/> 人に溶け込めない <input type="checkbox"/> 凝り性 <input type="checkbox"/> 好き嫌が多い <input type="checkbox"/> わがまま <input type="checkbox"/> 頑固 <input type="checkbox"/> 短気 <input type="checkbox"/> 無口 <input type="checkbox"/> 融通がきかない		

生活歴	(出身・趣味・生活の様子・退職前の職業など)
現在の状況	<p> <input type="checkbox"/> 自宅で一人で暮らしている。 <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている。 </p> <hr/> <p> <input type="checkbox"/> 訪問介護（週_____回） <input type="checkbox"/> 訪問入浴（週_____回） <small>（ホームヘルプ）</small> </p> <p> <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護（週_____回） <small>（夜間対応型ホームヘルプ）</small> </p> <p> <input type="checkbox"/> 訪問看護／訪問リハビリテーション（週_____回） </p> <p> <input type="checkbox"/> 通所介護／通所リハビリテーション（週_____回） <small>（デイサービス／デイケア）</small> </p> <p> <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護（週_____回） <small>（認知症対応型デイサービス）</small> </p> <p> <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護／療養介護（月_____回） <small>（ショートステイ）</small> </p> <p> <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護（週_____回） </p> <p> <input type="checkbox"/> サービス利用なし </p> <hr/> <p> <input type="checkbox"/> 施設に入っている。（入所した理由： _____ / 入所した日：平成/令和 _____ 年 _____ 月から） </p> <hr/> <p> <input type="checkbox"/> 特養（<input type="checkbox"/>従来型 <input type="checkbox"/>ユニット型） <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 介護療養型 <input type="checkbox"/> 養護 <input type="checkbox"/> 軽費・ケアハウス <input type="checkbox"/> 認知症対応型グループホーム <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> 救護・更生施設（保護施設） <input type="checkbox"/> 障害者入所施設 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ） </p> <p>⇒入所・入居中の施設名〔 _____ / 連絡先： _____ 〕</p> <hr/> <p> <input type="checkbox"/> 入院している。（入院となった理由： _____ / 入院した日：平成/令和 _____ 年 _____ 月から） </p> <hr/> <p>入院となった理由： _____</p> <p>⇒入院治療中の病院名〔 _____ / 連絡先： _____ 〕</p>