

入所申込書

特別養護老人ホーム高砂荘

入所申し込みについて

入所を申し込まれる方は、必要な事柄についてご記入下さい。また、「入所に係る介護支援専門員意見書」を、現在かかわりのある介護支援専門員にご記入いただき、申込書、介護保険証のコピー、差し障り無ければ健康保険証等のコピーとあわせてご提出下さい。

* 状況を把握するために、個人情報の取り扱いについてケアマネージャーや各利用機関からの情報収集を施設が行うことに承諾しますか

承諾する ・ 承諾しない (どちらかに○をつけてください)

承諾者氏名		続柄	
-------	--	----	--

フリガナ		性別	生年月日
入所希望者氏名		男 女	明・大・昭 年 月 日
現住所			
介護被保険者番号		要介護度	
介護保険認定日		認定有効期限	
現状	<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 <input type="checkbox"/> 施設や病院等に入っている (令和 年 月 日から入所、入院している) * 施設または病院名 住所		
フリガナ		続柄	職業
身元引受人氏名			
身元引受人住所			
電話番号	電話	携帯電話	
お勤め先	会社名	電話	
身元引受人生年月日			
希望施設のタイプ	<input type="checkbox"/> 個室(ユニット型個室) <input type="checkbox"/> 多床室(4人部屋)		
入所を希望する理由	<input type="checkbox"/> 介護するものが近くにいない <input type="checkbox"/> 介護するものが「高齢」「障害」「疾病」等になり介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護するものが就労しており、十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護するものの身体的、精神的負担が大きく困難なため <input type="checkbox"/> 住居環境の事情により、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(
申し込み日 申込み有効期限	令和 年 月 日	～令和 年 月 日	受付

生活歴	出生地		職歴				
	学歴		趣味・活動				
	どんな生活を送ってきましたか？						
家族・本人の入所における希望等	・最期まで施設での生活を希望(ターミナルケア希望) ・病気等で具合が悪い時には入院をしたい(延命治療等希望) ・その他						
医療状況(該当するものにチェック)							
<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 人工肛門(ストマー) <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> バルーン <input type="checkbox"/> 人工膀胱 <input type="checkbox"/> その他(
既往歴	年月日	年齢	病名	かかった病院名			
かかりつけ病院			医師名				
内服薬							
身体状況							
視力障害	右	無・有()	眼鏡使用	聴力障害	右	無・有()	補聴器
	左	無・有()	無・有		左	無・有()	
麻痺	無・有()		拘縮	無・有()			
言語	1・通じる 2・何とか通じる 3・通じない 4・失語						
平均血圧			平均体温				
脈	身長		体重				
体型	肥満・普通・痩身・大柄・小柄・円背・腰屈・その他(
皮膚の状態	・荒れやすい ・ただれやすい ・けがをしやすい ・床づれがある その他(
アレルギー							

精神状況	
性格傾向	
対人関係	・良好 ・普通 ・対人関係が築けない
精神症状	・安定 ・不安定
行動障害	1・せん妄(興奮・幻覚・精神錯乱・その他
	2・家族・知人を混同するなど人を間違える
	3・失見当識(場所や時間がわからなくなる)
	4・邪推がひどく、事実でない事を事実と思いこむ
	5・物忘れがひどく、食事・荷物の場所等忘れてしまう
	6・火の不始末がある
	7・聞こえているが相手の言うことが理解できない
	8・幻覚・妄想・幻聴がある
	9・徘徊し外出してしまい迷う
	10・暴力的・攻撃的
	11・昼と夜が逆転している
	12・異食・不潔行為がある
	13・性的な異常行動をする
	14・作り話がある
	15・その他(
知的障害	・ある ・ない
意思疎通	・できる ・できない

キトリ

- * 申し込み状況に変更があった場合は、お電話で構いませんのでご連絡ください。**
電話番号(本館)028-663-4330 (新館)028-663-5506
fax(共通)028-662-7558
担当:生活相談員 (本館:多床室) 杉本 すが子 (新館:個室) 大森 茂
*** この申し込み日は申し込み日より2年間の有効とさせていただきます。**
*** 申し込み有効期間 令和 年 月 日~令和 年 月 日まで**
*** 申し込みを継続される場合は、お電話でかまいませんので一度ご連絡下さい。**

申込者氏名

1・本人の状況

要介護度	1	2	3	4	5
認知症における日常生活自立度	M	IV	III	II	I

2・在宅サービス利用度

在宅サービスの利用割合	80%以上	60%以上	40%以上	20%以上	20%未満
-------------	-------	-------	-------	-------	-------

3・主たる介護者・家族等の状況の評価

世帯の状況	独居 高齢者世帯 その他
介護者の年齢・続柄	
介護者の介護負担	非常に重い 重い やや重い 普通
介護者が障害や疾病	無・有 ()
介護者の就労	無・有 (職種等 日/週 時間/日)
他の要介護者	無・有 (要支援・要介護 1・2・3・4・5)
介護者の育児・家族の病気	無・有 ()
介護者の介護の関わり方	介護拒否 非常に消極的 やや消極的 ふつう
他の同居介護補助者	無・有(続柄 日/週程度)
別居血縁者介護協力	無・有(続柄 日/週程度)
近隣者等の介護協力	ほとんどなし 随時あり 常時あり
在宅生活に必要な住環境の状態	非常に支障がある 支障がある やや支障がある 特に問題なし

4・介護支援専門員の入所への意見(特記事項)

--

令和 年 月 日

事業所名

住所

連絡先

電話

FAX

記入者名

印

* 直近のケアプランの添付をお願いいたします。