

# ① 入居申込書

特別養護老人ホームかたやなぎ 殿

申込み日	平成 年 月 日	申込み者	氏名	入居希望者との関係 ( )
受付者			住所	
			電話	

入居希望者の状況	ふりがな		性別	保険者 (市町村)																
	氏名		男 女	被保険者番号	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td> </tr> </table>															
			要介護度	<b>1・2・3・4・5</b>																
	生年月日	大・昭 年 月 日	歳	要介護認定期間	平成 年 月 日から	平成 年 月 日まで														
現住所	電話																			
現況	<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"/> 老人保健施設、病院等の施設に入っている (施設・病院名 ) (入所・入院時期 年 月から)																			
身元引受人	ふりがな				続柄															
	身元引受人氏名																			
	身元引受人住所																			
	電話番号	固定電話	携帯電話																	
入居希望の理由	<input type="checkbox"/> 介護者がいない為 <input type="checkbox"/> 介護者が「高齢」「障害」「疾病」などにより、十分な介護が困難な為 <input type="checkbox"/> 介護者が就労している事から、十分な介護が困難な為 <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為 <input type="checkbox"/> 居住環境の事例により、十分な介護が困難な為 <input type="checkbox"/> 施設、病院から退所を求められているが、自宅での介護が困難な為 <input type="checkbox"/> 要介護1又は要介護2の方は、備考欄の事項を参考に、居宅において日常生活を営むことが困難なやむを得ない事由を具体的に記載してください。																			
	<input type="checkbox"/> その他 ( )																			

※日頃の介護の様子をよくご存知の方がご記入下さい。記入者（ ）

医療 の 状 況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 人工肛門（ストマ） <input type="checkbox"/> バルーン <input type="checkbox"/> その他（ ）							
	既往歴	年 月 日	年齢	病名				
かかりつけ病院					担当医師名			
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（ ）	補聴器使用 右・左
		左	無・有（ ）	眼鏡不使用		左	無・有（ ）	
	麻痺	無・有（ <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 具体的に： ）						
	拘縮	無・有（ <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 具体的に： ）						
	言語	<input type="checkbox"/> 言葉が出る <input type="checkbox"/> 失語		言葉の理解	<input type="checkbox"/> 意思疎通ができる <input type="checkbox"/> 意思疎通ができない			
	平均血圧				平均体温			
	脈			身長			体重	
	体型	肥満・ふつう・痩身・大柄・小柄・円背・その他（ ）						
	皮膚状態	あざがしやすい・乾燥肌・床づれがある・ただれやすい・水虫・傷がしやすい その他（ ）						
	日 常 生 活 動 作	食事	<input type="checkbox"/> 自分で食べられる <input type="checkbox"/> 介助者に口に運んでもらい食べる <input type="checkbox"/> 途中までは自分で食べられる <input type="checkbox"/> おにぎりやパンなら自力で食べられる <input type="checkbox"/> その他（ ）					
使用用具			<input type="checkbox"/> はし <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> 自助具 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 湯呑 <input type="checkbox"/> 手つきコップ <input type="checkbox"/> 吸い飲み <input type="checkbox"/> ストロー					
とろみ		無・有 <input type="checkbox"/> ジャム状 <input type="checkbox"/> シロップ状 <input type="checkbox"/> ポタージュ状						
主食		<input type="checkbox"/> ご飯 <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> ミキサー						
副食		<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 極刻み <input type="checkbox"/> ミキサー						
飲み込み		<input type="checkbox"/> むせやすい <input type="checkbox"/> 時折むせる <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> その他（ ）						
食欲		<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない						
好き嫌い (アレルギー等 含む)		好き						
		嫌い						
食事制限		無・有 具体的に：（ ）						
摂取量	<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少ない							

日常生活動作	口腔	入れ歯	無・有 <input type="checkbox"/> 部分義歯 <input type="checkbox"/> 総義歯 <input type="checkbox"/> その他 ( )
		使用用具	<input type="checkbox"/> 歯ブラシ <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 入歯洗浄剤 <input type="checkbox"/> 入歯安定剤
	排泄	<input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 介助者による一部介助が必要 <input type="checkbox"/> 全て介助が必要	
		日中	<input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> パッド <input type="checkbox"/> 紙パンツ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> トイレ
		夜間	<input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> パッド <input type="checkbox"/> 紙パンツ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> その他 ( )
		失禁	無・有 <input type="checkbox"/> 確認すると常に出ている <input type="checkbox"/> 時々失敗がある <input type="checkbox"/> ほとんど出ていない <input type="checkbox"/> トイレに連れていけない
		排便	<input type="checkbox"/> 快便 <input type="checkbox"/> 便秘 (○日に1回等具体的に: )
	入浴	<input type="checkbox"/> 見守り程度 <input type="checkbox"/> 介助者による一部手伝いが必要 <input type="checkbox"/> 全て手伝いが必要	
		<input type="checkbox"/> 普通浴 <input type="checkbox"/> チェアー浴 <input type="checkbox"/> リフト浴 <input type="checkbox"/> 寝台浴 <input type="checkbox"/> シャワーのみ <input type="checkbox"/> その他 ( )	
		着脱	<input type="checkbox"/> 見守り程度 <input type="checkbox"/> 介助者に上肢・下肢を手伝ってもら <input type="checkbox"/> 全て手伝ってもら <input type="checkbox"/> その他 ( )
移動	<input type="checkbox"/> 一人で歩ける <input type="checkbox"/> 介助者の支えがあれば歩ける <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車いすを自分で操作する <input type="checkbox"/> 車いすを押してもら <input type="checkbox"/> リクライニング車いすを使用している <input type="checkbox"/> その他 ( )		
起き上がり	<input type="checkbox"/> 自力で起きられる <input type="checkbox"/> 介助者の手伝いで起きる <input type="checkbox"/> 全て介助		
寝返り	<input type="checkbox"/> 自力で寝返りがうてる <input type="checkbox"/> 介助者の手伝いで向きを変える <input type="checkbox"/> 全て介助		
座位保持	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> 傾いてしまう (右・左) <input type="checkbox"/> その他 ( )		
立位	<input type="checkbox"/> 立ってられる <input type="checkbox"/> てすりがあれば立ってられる <input type="checkbox"/> 介助者の支えがあれば立てる <input type="checkbox"/> 立ってもすぐに座りこんでしまう 具体的に:立ってられる時間 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )		
精神・行動	精神症状	<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定 具体的に:( ) ( 例・薬を飲んでいる等 )	
	知的障害	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	
	現在の状況	<input type="checkbox"/> 物をしまい無くしたり、誰かに取られたと被害的になる <input type="checkbox"/> 外に出ていってしまい迷う (徘徊) <input type="checkbox"/> 意味不明の言動がある <input type="checkbox"/> 電話や留守番の受け答えができなくなった <input type="checkbox"/> 幻覚や妄想・幻聴がある <input type="checkbox"/> 金銭の勘定ができなくなった <input type="checkbox"/> 食べ物以外の物を口に入れる <input type="checkbox"/> 火の始末や、火の管理ができない <input type="checkbox"/> 大声を上げる <input type="checkbox"/> 物や衣類を壊したり、破いたりする <input type="checkbox"/> 便をさわるなど不潔な行為がある <input type="checkbox"/> 家族の名前や知人を混同するなど人がわからない <input type="checkbox"/> 同じことを何度も言う <input type="checkbox"/> 日にちや時間がわからなくなる <input type="checkbox"/> 暴力的・攻撃的 <input type="checkbox"/> 食事をしたことや荷物の場所等を忘れる <input type="checkbox"/> 昼と夜が逆転している <input type="checkbox"/> 落ち着きがなくそわそわしている <input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> その他 ( )	

説明 確認 欄	<p>私は申し込みの際し、入居申し込みから入居契約までの入居決定方法について施設担当者または説明書によって説明を受けました。申込者と入居希望者、身元引受人が異なる場合、申込者が代表して確認の署名捺印をいたします。</p> <p style="text-align: center;">平成      年      月      日      申込者氏名      印</p>
同意 書	<p>1、入居申込者及び家族の状況把握を行うため、個人情報の取り扱いについて市町村、担当ケアマネージャー、他の介護保険施設等からの情報収集を施設が行う事に同意致します。</p> <p>2、入居のための待機期間中に、貴施設以外の施設に入居が決定した場合、また要介護度や連絡先、介護の状況等について変更があった場合は、速やかに貴施設に連絡いたします。</p> <p style="text-align: center;">平成      年      月      日      申込者氏名      印</p>

備考) 要介護1・2の方が居宅において日常生活を営むことが困難である事情

- 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等が頻繁に見られること。
- 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こと。
- 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・安心の確保が困難な状態であること。
- 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こと。