

清瀬市内特別養護老人ホーム入所申込書 (信愛の園・聖ヨゼフ老人ホーム・清雅苑 申込用)

- 申込希望施設
- 信愛の園
 - 聖ヨゼフ老人ホーム
 - 清雅苑
- (希望先施設をチェック)

1. 申請する方のお名前・連絡先等

フリガナ		続柄	同居の有無
氏名			<input type="checkbox"/> 同居 / <input type="checkbox"/> 別居
住所	〒	優先電話 連絡先	①
			②

2. 入所を希望する方について (お名前や生年月日、介護保険情報等)

フリガナ		性別	生年月日・年齢		
氏名		<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日生まれ (歳)	
住所	〒	電話 番号			
介護保険 被保険者番号		保険者			
		保険者番号			
要介護度	<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				
認定日	年 月 日	介護保険被保険者証 の認定有効期間	開始	年 月 日 から	終了
				年 月 日 まで	
特別な事情 (要介護 1・要介護 2 の方は必ず選択ください)					
<input type="checkbox"/> 認知症や知的障害・精神障害を伴い、日常生活に支障を来すような症状や行動、意思疎通の困難さが頻繁にみられる。					
<input type="checkbox"/> 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。					
<input type="checkbox"/> 単身世帯である、同居家族が高齢または病弱である等により家族等による支援ができず、かつ地域での介護サービスや生活支援の供給体制が不十分である。					
その他、入所を希望する理由等(必須)					

8.身体機能とADL（日常生活動作）

麻痺	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（部位：_____）		
拘縮	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（部位：_____）		
視力	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 少し不自由 <input type="checkbox"/> かなり見にくい <input type="checkbox"/> 全盲		
聴力	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 少し不自由 <input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない（補聴器： <input type="checkbox"/> あり/ <input type="checkbox"/> なし）		
移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 装具（_____）		
移動手段	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖・歩行器・手すりつかり歩き <input type="checkbox"/> 介助者手引きなど <input type="checkbox"/> 車椅子		
寝返り	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助		
起き上がり	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> できない		
座位	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 背もたれなど支えがあればできる <input type="checkbox"/> できない		
立位	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> できない		
食事形態	主食	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> おかゆ <input type="checkbox"/> ゼリー・ペースト <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> その他	
	副食	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 一口大キザミ <input type="checkbox"/> 細かいキザミ <input type="checkbox"/> ゼリー・ペースト	
食事摂取	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
食事制限	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（具体的に_____）		
排尿	尿意	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	動作	昼間： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
		夜間： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
種類	昼間： <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> 尿器	<input type="checkbox"/> 排尿カテーテル	
	夜間： <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> 尿器		
排便	便意	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	動作	昼間： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
		夜間： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
種類	昼間： <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> 差込便器	<input type="checkbox"/> ストマ	
	夜間： <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> 差込便器		
入浴	種類	<input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 機械浴（座位式） <input type="checkbox"/> 機械浴（臥床式） <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> その他（_____）	
	動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
整容	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	

情報提供に関する入所希望者本人同意確認について

入所申込をした特別養護老人ホーム施設長が、

- （1）保険者より、私の「要介護認定調査票の写し」「介護保険主治医意見書の写し」の提供を受けること。
- （2）担当ケアマネジャー、居宅サービス事業所、病院のソーシャルワーカー等から、日常生活の様子、介護保険サービスの利用状況等の情報の提供を受けること
- （3）申込にある内容を保険者、居宅介護支援事業所、指定するケアマネジャーへ提供すること。また、貴施設へ入所が決定した場合には、保険者及び市内の介護老人福祉施設へ入所決定したことを連絡もしくは通知すること。

以上のことについて同意します。

西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

本人 _____ 印 _____ 代理人 _____ 印（続柄 _____）