

特別養護老人ホーム 波岡の家 入居申込書

※入居申し込みが出来るのは、原則として要介護度3以上の方です。（特別な事情☆により要介護1・2の方も申込できます）

入居希望のお部屋について	<input type="checkbox"/> 従来型多床室(4人部屋) <input type="checkbox"/> 従来型個室 <input type="checkbox"/> ユニット型個室 <input type="checkbox"/> どれでもよい
入居希望時期について	<input type="checkbox"/> 今すぐ入居希望 <input type="checkbox"/> 頃に <input type="checkbox"/> 1年ほどしたら <input type="checkbox"/> 必要になったら
施設の申し込み状況について	<input type="checkbox"/> 当施設のみ <input type="checkbox"/> 他施設も申しこんでいる(予定) [力所]

【ご本人】の状況について

フリガナ			性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	生年月日	年	月	日	年齢	歳			
氏名													
現住所	〒 -				電話番号	-	-		収入等	万円/月			
要介護度	1	2	3	4	5	被保険者番号				保険者			
有効期間	令和	年	月	日	～	令和	年	月	日	負担割合	割	負担限度額認定証	なし・あり(段階)
ご本人の意思	<input type="checkbox"/> 在宅生活を希望 <input type="checkbox"/> 意向は確認していない又は確認できない <input type="checkbox"/> 施設での生活を希望 <input type="checkbox"/> その他 ()												

お申し込みされる方(ご家族・後見人等)について

フリガナ			続柄		住所	〒 -					
氏名											
連絡先	(自宅) - -				(携帯) - -						
必要書類	下記、証書類を添付してください。①～⑤についてはコピーを添付ください。 <input type="checkbox"/> ①介護保険証 <input type="checkbox"/> ②介護保険負担割合証 <input type="checkbox"/> ③介護保険負担限度額認定証(お持ちの方のみ) <input type="checkbox"/> ④介護認定の情報開示資料(主治医意見書含む) →担当ケアマネにご依頼ください。 <input type="checkbox"/> ⑤障がい者手帳(お持ちの方のみ) <input type="checkbox"/> ⑥フェースシート(担当ケアマネージャーがいる方のみ)										

入居希望理由について

	<input type="checkbox"/> 介護するものがないため <input type="checkbox"/> 介護するものが「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 ()
※要介護度1・2の方については、以下該当するものを回答してください。(☆) <input type="checkbox"/> 認知症があり、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が頻繁に見られる <input type="checkbox"/> 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・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる <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、地域でのサービスや生活支援の供給が不十分である	

【ご本人】の現在の状況について

現在の居場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> その他										
自宅にいる方	在宅サービスの利用		ケアプラン作成事業所				担当ケアマネ				
病院・施設等にいる方	施設名		入院日 入所日		令和 年 月 日			退院日 退所日		令和 年 月 日	

現在の介護の状況で伝えたいことはありますか？（箇条書きで構いません）

（例）介護する方も高齢で、介護ができなくなってきている。

施設に対して望むことなどございますか？（箇条書きで構いません）

延命について

※現時点での考えをお知らせください。入居時に改めて確認いたします。

延命の希望の有無	<input type="checkbox"/> ①延命は望まない
	<input type="checkbox"/> ②回復の見込みがないのであれば、延命処置はしないでほしい
	<input type="checkbox"/> ③延命よりも苦痛を少なくすることを重視してほしい
	<input type="checkbox"/> ④回復の見込みがなくても、延命処置をしてほしい

延命を希望 される方	望まれるものに☑してください。			
	<input type="checkbox"/> AED	<input type="checkbox"/> 心臓マッサージ	<input type="checkbox"/> 気管切開	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器
	<input type="checkbox"/> 人工透析	<input type="checkbox"/> 胃ろう	<input type="checkbox"/> 経管栄養	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養
	<input type="checkbox"/> その他（ ）			

職員記入欄

受付日

受付者

特記事項

ご本人の現在の状況

自宅で生活している方	申込者が記入するか、担当のケアマネージャー（いる場合）に依頼し記入してもらってください。			
入院・入所している方	申込者が記入するか、病院・施設の方に依頼し記入してもらってください。			
基礎能力			特記事項	
視力	<input type="checkbox"/> 見える	<input type="checkbox"/> 大きい字なら可	<input type="checkbox"/> ぼんやり見える <input type="checkbox"/> 見えない	眼鏡(有・無)
聴力	<input type="checkbox"/> 聞こえる	<input type="checkbox"/> 大きめの声で可	<input type="checkbox"/> かなり大きい声で可 <input type="checkbox"/> 聞こえない	補聴器(有・無)
言語発声	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> やや難しい	<input type="checkbox"/> 不明瞭だが発語可能 <input type="checkbox"/> 発生せず	
意思疎通	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> やや難しい	<input type="checkbox"/> かろうじて可能 <input type="checkbox"/> できない	
移動方法・移乗動作など			特記事項	
起き上がり	<input type="checkbox"/> 一人でできる	<input type="checkbox"/> つかまればできる	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
座ること	<input type="checkbox"/> 一人でできる	<input type="checkbox"/> つかまればできる	<input type="checkbox"/> 支えればできる <input type="checkbox"/> 全介助	
立ち上がり	<input type="checkbox"/> 一人でできる	<input type="checkbox"/> つかまればできる	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
バグ等へ移ること	<input type="checkbox"/> 一人でできる	<input type="checkbox"/> 声かけ・見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
屋内の移動	<input type="checkbox"/> 自立歩行	<input type="checkbox"/> つたい歩き・いざり	<input type="checkbox"/> 手引き歩行 <input type="checkbox"/> 車いす	杖の使用(有・無)
屋外の移動	<input type="checkbox"/> 自立歩行	<input type="checkbox"/> シルバーカー・歩行器	<input type="checkbox"/> 手引き歩行 <input type="checkbox"/> 車いす	杖の使用(有・無)
補装具	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有(使用箇所:)		
麻痺	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有(場所:)		
拘縮	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有(場所:)		
床ずれ(褥瘡)	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有(場所:)		
食事形態・摂取方法など			特記事項	
主食の形態	<input type="checkbox"/> ご飯	<input type="checkbox"/> お粥	<input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> 経管(鼻腔・胃ろう・腸ろう)	
副食の形態	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 軟菜	<input type="checkbox"/> キザミ <input type="checkbox"/> 超きざみ <input type="checkbox"/> ペースト	
食事制限	<input type="checkbox"/> 普通食	<input type="checkbox"/> 糖尿・加糖制限(Kcal) <input type="checkbox"/> 減塩食(NaCl g)		
禁止食・アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()			
食事摂取	<input type="checkbox"/> 自力摂取	<input type="checkbox"/> 見守り必要	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
飲み込み	<input type="checkbox"/> おせない	<input type="checkbox"/> 時々おせる	<input type="checkbox"/> よくおせる	トミ(有・無)
歯の状況	<input type="checkbox"/> 自分の歯	<input type="checkbox"/> 部分入歯	<input type="checkbox"/> 総入歯 <input type="checkbox"/> なし	
入浴・更衣・整容など			特記事項	
洗身・洗髪	<input type="checkbox"/> 一人でできる	<input type="checkbox"/> 声かけ・見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
入浴方法	<input type="checkbox"/> 一般浴槽	<input type="checkbox"/> 座位式浴槽	<input type="checkbox"/> 寝台式浴槽 <input type="checkbox"/> 清拭	
上半身の着脱	<input type="checkbox"/> 一人でできる	<input type="checkbox"/> 声かけ・見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
下半身の着脱	<input type="checkbox"/> 一人でできる	<input type="checkbox"/> 声かけ・見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
口腔ケア	<input type="checkbox"/> 一人でできる	<input type="checkbox"/> 声かけ・見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
洗顔	<input type="checkbox"/> 一人でできる	<input type="checkbox"/> 声かけ・見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
排泄場所・排泄アイテムなど			特記事項	
尿意	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不確実(時々・頻回)	<input type="checkbox"/> なし	
便意	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不確実(時々・頻回)	<input type="checkbox"/> なし	
排泄	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 声かけ・見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
日中の下着	<input type="checkbox"/> 布パンツ	<input type="checkbox"/> リハビリパンツ	<input type="checkbox"/> 尿取パッド <input type="checkbox"/> オムツ	
排泄場所	<input type="checkbox"/> トイレ	<input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器・差し込み便器		
夜間の下着	<input type="checkbox"/> 布パンツ	<input type="checkbox"/> リハビリパンツ	<input type="checkbox"/> 尿取パッド <input type="checkbox"/> オムツ	
排泄場所	<input type="checkbox"/> トイレ	<input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器・差し込み便器		
睡眠状況・認知症の状況など			特記事項	
睡眠状況	<input type="checkbox"/> 良く眠れる	<input type="checkbox"/> あまり眠れない	<input type="checkbox"/> 不眠気味 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転気味	
眠剤の服用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不眠時のみ服用 <input type="checkbox"/> ほぼ毎晩服用(薬:)			
認知症の症状など	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 年相応の物忘れ程度 <input type="checkbox"/> あり(下記もチェックしてください)			
	<input type="checkbox"/> 被害的妄想	<input type="checkbox"/> 作話	<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 大声	
	<input type="checkbox"/> 感情の不安定	<input type="checkbox"/> 動き回る	<input type="checkbox"/> 落ち着かない <input type="checkbox"/> 繰り返し	
	<input type="checkbox"/> 介護への抵抗	<input type="checkbox"/> 暴言・暴行	<input type="checkbox"/> 帰宅願望 <input type="checkbox"/> 収集癖	
	<input type="checkbox"/> 自傷行為	<input type="checkbox"/> 破壊行動	<input type="checkbox"/> 不潔行動	
	<input type="checkbox"/> 異食行動	<input type="checkbox"/> 性的行動	<input type="checkbox"/> ひどい物忘れ	