

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）[<input type="checkbox"/> カ所]

【ご本人】の状況について

フリガナ 氏名		性別 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	生年月日	年	月	日	年齢	歳
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"/> 施設での生活を希望	<input type="checkbox"/> 意向は確認していない又は確認できない <input type="checkbox"/> 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 氏名		続柄		住所	〒 -
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

- 介護するものがいないため
- 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
- 介護者が就労していることから、充分な介護が困難なため
- 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
- 居住環境の事情により、充分な介護が困難なため
- 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
- 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。（☆）

- 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
- 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
- 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
- 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【介護をしている方】の状況について ※ご本人が入院・入所されている場合は自宅に戻ったと想定して						
ご本人の世帯について	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 家族と同居					
介護している方は？	氏名		性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	年齢	続柄
介護の負担はどうですか？	<input type="checkbox"/> 重い <input type="checkbox"/> やや重い <input type="checkbox"/> 軽い <input type="checkbox"/> 負担に感じない					
障害やご病気はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ()					
お仕事はされていますか？	<input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> している (ご職業) ①就労日数：週に 日ほど ②就労時間：一日 時間ぐらい					
他にも介護が必要な方がいらっしゃいますか？	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる (要介護 1・2・3・4・5)					
家族の育児や看病等をしていますか？	<input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> している ()					
介護への気持ちはどうですか？	<input type="checkbox"/> 介護できない <input type="checkbox"/> 消極的 <input type="checkbox"/> やや消極的 <input type="checkbox"/> 普通					
同居で手伝ってくれる方はいますか？	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる (週に 回ほど協力あり)					
別居で手伝ってくれる方はいますか？	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる (週に 回ほど協力あり)					
ご近所さんで手伝ってくれる方はいますか？	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる (週に 回ほど協力あり)					

ご本人の医療の状況について

主なかかりつけの病院		主治医	医師
現在、病院にかかるて いるご病気は？	病名	期間	病院名
	.....	年 月から	.....
	.....	年 月から	.....
	.....	年 月から	.....
過去に、病院にかかるて いたご病気は？	病名	期間	病院名
	.....	年 月～ 年 月	.....
	.....	年 月～ 年 月	.....
	.....	年 月～ 年 月	.....
管理が必要なもの はありますか？	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> パレンカテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> インスリン (一日 回) <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 疼痛看護 <input type="checkbox"/> その他 ()		

入居申込に関する個人情報の使用について

- (1)保険者又は県から状況把握のため提示を求められた場合には、施設がこれを提示することについて同意します。
- (2)入居要件の判定や入居に必要性の高さを判断するため、必要がある場合には保険者に提示して意見を求める報告を行うことについて同意します。
- (3)入居申込の状況確認・入居への連携のため、施設が担当のケアマネージャーや入院・入所施設等との情報交換を行うことについて同意します。
- (4)申し込みから2年を経過し、施設からの連絡に対して応答がなく施設が入居希望者の状況を把握することが出来ない場合には、本申込を無効とすることに同意します。

同意日	令和 年 月 日	ご本人氏名	入居申込 者氏名
-----	----------	-------	-------------

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

		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		
「歩」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・カリ-制限 (Kcal)	<input type="checkbox"/> 減塩食 (NaCl g)			
禁止食・アレギー	<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"/> むせない	<input type="checkbox"/> 時々むせる	<input type="checkbox"/> よくむせる		トキ(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			