

# 特別養護老人ホーム尚和寮利用申込書

尚 和 寮 長 様

申込日	令和 年 月 日
受付日	令和 年 月 日
No.	受付者

申込者(連絡先) 今後、郵便物などはこの連絡先にお送りさせていただきます。

〒	—
住所:	
氏名: (続柄)	
電話: ( )	

入所したいので、関係書類を添えて申し込みます。

フリガナ		性別		被保険者番号	
氏名		男・女		要介護度	1・2・3・4・5
生年月日	明・大・昭 年 月 日 ( )歳	要介護 認定期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで		
現住所	〒 —				
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"/> 施設(施設名 ) <input type="checkbox"/> 病院( ) 利用又は入院時期: 令和 年 月から 利用・入院している				
利用希望する理由(該当するすべてに✓記入)	<input type="checkbox"/> 介護する者がいないため <input type="checkbox"/> 介護する者が「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( )				
該当する在宅での日常生活が困難な事由	※介護度1、2の方は必ずチェックし裏面の入所判定にあたり配慮してほしい事項に詳細を記入する事 <input type="checkbox"/> 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が頻繁に見られる。 <input type="checkbox"/> 知的・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等が疑われる事情により、新進の安全・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等により家族等による支援が期待できず、かつ、市域での介護サービスや生活支援の供給が不十分である。				
希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ利用したい <input type="checkbox"/> 令和 年 月頃までに利用したい				
医療状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> その他( ) 【既往歴】      【現在治療中の病気・特記事項等】				
居宅介護支援事業所等	事業所名			担当者	
健康保険	年金種類等				
申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込む <input type="checkbox"/> 他の施設も申し込んでいる ◇既に申し込んでいる施設名( )( )				
主たる介護者の状況	フリガナ		性別	本人との関係	
	氏名		男・女	生年月日	M・T・S 年 月 日
	住所	〒	電話番号	要介護認定の有無 要介護状態区分	有・無
同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している(住所 )				
主たる介護者以外の家族等	氏名	年齢	続柄	同居・別居	居住地

入所判定にあたって配慮してほしいこと			
過去の入所・入院状況	名称	年 月 日 から	年 月 日 まで
	名称	年 月 日 から	年 月 日 まで
	名称	年 月 日 から	年 月 日 まで
	名称	年 月 日 から	年 月 日 まで
移動	<input type="checkbox"/> 自分で可能 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 自力歩行 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他 ) 特記事項 <input type="checkbox"/> 転倒しやすい <input type="checkbox"/> エアーマット使用 <input type="checkbox"/> 体交必要		
排泄	<input type="checkbox"/> 自分で可能 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> その他 ) 特記事項 <input type="checkbox"/> 自然排便 <input type="checkbox"/> 浣腸 <input type="checkbox"/> 摘便		
食事	<input type="checkbox"/> 自分で可能 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 治療食 <input type="checkbox"/> その他 ) 特記事項 アレルギー・禁食・とろみ等 箸・スプーン・フォーク・ストロー・吸い飲み		
入浴	<input type="checkbox"/> 自分で可能 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 見守り 特記事項 <input type="checkbox"/> 特浴 <input type="checkbox"/> 一般浴		
着脱	<input type="checkbox"/> 自分で可能 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
対人関係	<input type="checkbox"/> 拒否的 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 協調的 <input type="checkbox"/> 意思の疎通可能 <input type="checkbox"/> 会話可能		
身体状況	視力	身長	血液型
	聴力	体重	血圧
精神状態	認知症状 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 精神障害 <input type="checkbox"/> 心気症 <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> 抑うつ <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 睡眠障害		
性格	<input type="checkbox"/> 朗らか <input type="checkbox"/> 親しみやすい <input type="checkbox"/> 几帳面 <input type="checkbox"/> 凝り性 <input type="checkbox"/> 自分の事を気にしやすい <input type="checkbox"/> 人に溶け込めない <input type="checkbox"/> 好き嫌が多い <input type="checkbox"/> わがまま <input type="checkbox"/> 頑固 <input type="checkbox"/> 短気 <input type="checkbox"/> 無口 <input type="checkbox"/> 融通が利かない <input type="checkbox"/> その他:		
行動	<input type="checkbox"/> 被害的 <input type="checkbox"/> 作話 <input type="checkbox"/> 幻視幻想 <input type="checkbox"/> 感情が不安定 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言暴行 <input type="checkbox"/> 同じ話をする <input type="checkbox"/> 大きな声を出す <input type="checkbox"/> 介護に抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 外出して戻れない <input type="checkbox"/> 落ち着きがない <input type="checkbox"/> 一人で外へ出たがる <input type="checkbox"/> 収集癖 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 物や衣類を壊す <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> ひどい物忘れ <input type="checkbox"/> その他:		

添付書類

- 1 介護保険被保険者証の写し
- 2 過去3箇月の介護保険サービス利用表及び別表の写し  
(現在、他の介護保険施設等へ入所中の場合は、入所前の写しで結構です)
- 3 居宅介護サービス計画に係るアセスメント表の写しまたはこれに代わるもの  
居宅介護サービス計画1表・2表(入所中の方は施設介護サービス計画に係るものでも結構です)
- 4 認知症老人の日常生活自立度が記載された部分の写し

個人情報に関する同意書及び説明確認欄	私は、介護保険者及び居宅支援事業所が保有する私の個人情報を入所希望施設へ提供することに同意します。また、入所申込に際し、入所申込から契約までの入所決定方法について、施設の担当者から説明を受けました。		
	年 月 日	入所希望者氏名	印
		申込者氏名	印