

特別養護老人ホーム 亀岡友愛園 入所申込み書

亀岡友愛園 御中

【新規・更新】

入所希望者状況	フリガナ		性別	被保険者番号										
	氏名		男・女	要介護度										
				3・4・5										
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 歳		要介護認定有効期間	平成 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで									
	現住所	〒 -			保険者番号									
現況	<input type="checkbox"/> 自宅で1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"/> 老健等施設 (施設名;) <input type="checkbox"/> 病院に入院している (病院名;) <input type="checkbox"/> 入所又は入院期間 (年 月 日から入所・入院している)													
入所希望理由 (該当項目を全て選択してください。)	<input type="checkbox"/> 身寄りや介護者が誰もいない為 <input type="checkbox"/> 介護する者が病気等で長期入院している為 <input type="checkbox"/> 介護する者が”高齢” ”障害” ”疾病” 等により介護が困難な為 <input type="checkbox"/> 複数の要介護者により介護負担が大きい為 <input type="checkbox"/> 介護者が就労・育児等から介護が困難な為 <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為 <input type="checkbox"/> 住居が介護に適さない (□狭所 □環境劣悪 □構造上介護に支障 □立ち退き) 【上記を具体的に記載】													

入所希望者状況	<input type="checkbox"/> 点滴の管理 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 疼痛看護 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 胃ろう			
	【現在治療中の病気】			
	【既往歴】			
	【結核既往】 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
代理人	フリガナ		性別	本人との関係
	氏名		男・女	生年月日 明・大・昭 年 月 日
	同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している（別居の場合は下記に住所ご記入ください）		
	住所 ※別居の場合のみ	〒 -	電話番号	
	意見	【介護していて困っている事】		
同意書	■入所待機中に貴施設以外の施設に入所が決定した場合、又は、要介護度や連絡先、介護状況等変更がありました場合は、速やかに貴施設に連絡いたします。 ■入所希望施設が担当ケアマネージャーへ入所申込み者の状況について確認することに同意します。			
	令和 年 月 日	入所希望者氏名		印
		代理人氏名		印

ケアマネ等記載欄(状態)	【食事】	状態	<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"/> 経口摂取不可
		食事形態	主食 <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 粥食 <input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> その他()
			副食 <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> みじん <input type="checkbox"/> その他()
		嚥下	<input type="checkbox"/> むせない <input type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> 毎回むせる <input type="checkbox"/> トロミ剤使用(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)
	【排泄】	状態	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 誘導・一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
		尿意	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない
		便意	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない
		下着	<input type="checkbox"/> 綿パンツ <input type="checkbox"/> オムツ(<input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夜) <input type="checkbox"/> リハビリパンツ(<input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夜) <input type="checkbox"/> パット(<input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夜)
		場所	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> その他()
	【入浴】	状態	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
		方法	<input type="checkbox"/> 家庭浴槽 <input type="checkbox"/> 訪問入浴サービス <input type="checkbox"/> 施設一般浴 <input type="checkbox"/> 施設機械浴
		更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
		拒否	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> ある
	【動作等】	移動方法	<input type="checkbox"/> 自立歩行 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器(<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定) <input type="checkbox"/> 車椅子(自操 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可)
		立位	<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 支えがあれば可 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不可
		座位	<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 支えがあれば可 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不可
		寝返り	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> つかまれば可 <input type="checkbox"/> 不可
	【身体状況】	視力	<input type="checkbox"/> 見える <input type="checkbox"/> 見えにくい <input type="checkbox"/> 見えない
		聴力	<input type="checkbox"/> 聞こえる <input type="checkbox"/> 聞こえにくい(<input type="checkbox"/> 補聴器使用) <input type="checkbox"/> 聞こえない(<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右)
		言語	<input type="checkbox"/> 話せる <input type="checkbox"/> 聞き取りにくい <input type="checkbox"/> 話せない
		意思疎通	<input type="checkbox"/> 疎通できる <input type="checkbox"/> ある程度できる <input type="checkbox"/> 疎通できない
		麻痺の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(<input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> その他)
		睡眠	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 眠れない事が多い <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 睡眠薬の使用
		嗜好品等	飲酒 <input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む量
	タバコ <input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う(本/日)		
	ケアマネ等記載欄(認知症)	<p>※当てはまる箇所すべてにチェックを入れてください。</p> <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行為 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> 自傷 <input type="checkbox"/> 他傷 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> その他 <p>上記を具体的に記載ください。</p>	

介護負担限度額認定証

- 有
無

希望居室

- ユニット個室 従来型個室 従来型多床室(4人部屋) どちらでもいい

※介護共通診断書・介護保険被保険者証の各コピーを添付して、郵送またはご持参願います。
 ※施設見学は、問い合わせいただきましたら、日程調整をさせていただきます。
 ※入居申込後、介護度状況等の変化がありましたら、申し出ください。順位に変動が生じる事があります。

受け渡し日	受け渡し者
年 月 日	