

特別養護老人ホーム 芝山苑 入居申込書

(多床型 ・ ユニット型)

申込日	令和 年 月 日
-----	----------

連絡先 今後、郵便物等はこちらの連絡先にお送りさせていただきます。

住所：〒
氏名：
電話番号： e-mail：

次のとおり申し込みます。

入居希望者の状況	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	大・昭 年 月 日	認定期間	平成・令和 年 月 日から 平成・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"/> 特養などの施設や病院に入っている 施設名・病院名： _____ <input type="checkbox"/> 入居又は入院時期：平成・令和 年 月から入居、入院している				
	1. 入居申込が出来るのは原則として要介護度3以上です。 (要介護度1・2の方については入居を必要とするやむを得ない理由が必要となる事から次の2. 欄も回答して下さい。)					
	<input type="checkbox"/> 介護者がいないため <input type="checkbox"/> 介護者が「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事から十分な介護が難しいため <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難しいため <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 ()					
	2. 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下さい。 <input type="checkbox"/> 認知症である者であって日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁である。 <input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが等が頻繁に見られる。 <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、かつ地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分である。					
	入居希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入居したい <input type="checkbox"/> 令和 年 月頃までに入居したい <input type="checkbox"/> 今後も考えて				
	申込状況	() () () () () ()				
主介護者	フリガナ		生年月日			
	氏名		大・昭・平 年 月 日			
	同居区分					

様

生活家族の構成	氏名	年齢	続柄	職業	利用者本人の生活歴
					出身地
					趣味など

家族構成

既往歴 (状況の経過)

身体状況

排泄：自立・ポータブルトイレ・リハビリパンツ・オムツ・バルーン

食事：自立・半介助・全介助・経管栄養

移動：自立・杖・歩行器・車椅子・一日中ベット

入浴：一般浴槽・チェアー浴・特殊浴槽（臥床式）

麻痺： 無 ・ 有 （右上肢・左上肢・右下肢・左下肢）

その他：（ ）

精神状況

認知症： 無 ・ 有

有の場合：昼夜逆転 ・ 被害妄想 ・ 幻覚 ・ 感情不安定 ・ 暴言 ・ 暴行

火の後始末・不潔行為・異食・収集癖・徘徊・介護への抵抗

その他（ ）

特別養護老人ホーム 芝山苑 《 多床型 ・ ユニット型 ・ 両方とも 》に申し込みします

入居時身元引き受けとなる方 _____ 様 続柄（ ）

居宅介護支援事業所 _____ 担当者： _____

現在利用しているサービス

特記事項・申込者からの相談など

備考