

社会福祉法人 愛知慈恵会 高齢者福祉施設 入所申込書

根羽村高齢者福祉施設 ねばねの里「なごみ」 施設長殿

入所を希望するので、下記のとおり申し込みます。

太枠内のご記入願います。

入所希望者	フリガナ					性別	男・女	生年月日			
	氏名							明・大・昭	年	月	日
	住所	〒 -				(TEL (FAX					
	介護保険	被保険者番号					要介護度	3・4・5			
保険者						要介護度	(1・2)				
認定有効期間		令和 年 月 日				～	令和 年 月 日				
申込者	フリガナ					入所希望者との続柄					
	氏名										
	住所	〒 -				(TEL (FAX					

同意及び説明確認	容	を情報提供することに同意します。									
		また、入所申込から入所契約までの手続き及び入所順位の決定方法について、施設から説明を受けました。									
		令和 年 月 日									
		入所申込者 又は 申込代理者氏名									
		<input type="checkbox"/> 自署の場合はご捺印不要です。									

お願い 入所希望者の要介護度など、本入所申込書に記載した事項等が変わった場合、あるいは他の特別養護老人ホーム等へ入所された場合は必ず当施設までご連絡ください。

※ご記入いただきました個人情報については、入所申込み以外で使用することは一切ございません

※ 事務処理欄(記入不要です。)

申込日:令和 年 月 日	受付日:令和 年 月 日	受付者:
受付方法: 来所 ・ 郵送	意思確認:令和 年 月 日	
入所基準: 基準 ・ 特例	特例事由市長村確認:令和 年 月 日	該当: 有 ・ 無

太枠内の該当するものにレ印のうえその状況をご記入ください。

入所希望者の状況	現在の居所	<input type="checkbox"/> 在宅(<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 家族同居) <input type="checkbox"/> 入院中・入所中 (<input type="checkbox"/> 養護 <input type="checkbox"/> 介護療養型 <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 軽費 <input type="checkbox"/> 有料 <input type="checkbox"/> 病院) <input type="checkbox"/> ケアハウス <input type="checkbox"/> 他の特養 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> その他() 病院・施設名: _____ 入院・入所日: 年 月 日			
	介護に関する状況	食事摂取	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 食事の種類(主食) <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 半粥 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー (副食) <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ミキサー		
		排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 おむつの使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 昼夜 <input type="checkbox"/> 夜のみ		
		入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
		移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 [歩行 <input type="checkbox"/> つかまり歩き <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 寝たきり]		
		衣服着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
		視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや見えにくい <input type="checkbox"/> かなり見えにくい <input type="checkbox"/> 全く見えない		
		聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや聞えにくい <input type="checkbox"/> かなり聞えにくい <input type="checkbox"/> 全く聞えない		
	医療に関する状況	<input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> インシュリン 現在治療中の疾病・特記事項() 既往歴()			
	認知症の状況	認知症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
周辺症状		<input type="checkbox"/> 幻視・幻覚 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言・暴行 <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行動 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> その他()			
住環境	区分	<input type="checkbox"/> 持ち家 階(エレベーター 有・無) <input type="checkbox"/> 借家 階(エレベーター 有・無)			
	住宅改修	<input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 改修済()			
	立地等	在宅サービス利用に問題点 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(送迎・訪問・その他)			
希望事項	時期	早急・令和 年 月以降	申込予定	貴施設のみ・他にも申込む 場所(予定)	
	申込理由・入所を急ぐ理由	○(該当するものすべてに☑印を記入して下さい。) <input type="checkbox"/> 1 施設入所により安心した生活を送りたい <input type="checkbox"/> 2 寝たきりなどにより、食事、排泄、入浴等日常生活全般に介助が必要 <input type="checkbox"/> 3 認知症などにより常時の見守り、介護が必要 <input type="checkbox"/> 4 施設や病院等から退所を求められているが、自宅での生活が困難 <input type="checkbox"/> 5 単身世帯のため介護者がいない、または介護者が入院等で介護ができない <input type="checkbox"/> 6 介護者が、高齢、疾病、育児、就労、別居等のため、介護が困難(詳細を8欄に記入) <input type="checkbox"/> 7 利用したい在宅サービスが十分でない(夜間訪問介護など) <input type="checkbox"/> 8 その他の理由(具体的にお書き下さい。不足する場合は裏面等の余白にご記入下さい。) _____ _____ ○(要介護1・2の場合は以下の項目についても該当するものすべてに☑印を記入して下さい。) <input type="checkbox"/> 9 認知症、知的障害・精神障害等により、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等が頻繁に見られるため、居宅において日常生活を営むことが困難 <input type="checkbox"/> 10 家族等による深刻な虐待があるなど心身の安全・安心の確保が困難 <input type="checkbox"/> 11 その他、居宅において日常生活を営むことが困難な理由(具体的にお書き下さい。) _____ _____			
その他	【その他特記すべき事項・お困りのこと等をお書きください】				