

入所申込書

特別養護老人ホーム
かさかけの里

(表) 受付日 年 月 日

フリガナ 氏名 (入所希望者)	介護保険者 (市町村名)	みどり市・その他 ()				
	被保険者番号	—	—	—	—	—
生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)	性別	男・女			
利用者住所	〒 — 電話番号 —					
入所希望者の状況 *以下の該当する箇所(□)に(レ)印を付けてください。						
要介護度	□要介護度1 □要介護度2 □要介護度3 □要介護度4 □要介護度5					
介護の期間	いつから介護が必要になりましたか? 年 月頃から					
① 入所を希望する理由 □	<input type="checkbox"/> 独り暮らしで、日常生活に支障が生じている。 <input type="checkbox"/> 介護者が(家族等)が、高齢・病弱・就労・育児等の為介護が難しい。 <input type="checkbox"/> 他にも介護をしなければならない家族がいる。 <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により、在宅での介護が困難である。 <input type="checkbox"/> 病院や他の施設から退所を求められている。 <input type="checkbox"/> 介護保険の在宅サービス利用限度を超えるなど、費用負担が困難である。 <input type="checkbox"/> その他(介護で困っていることがありましたら、お書き下さい) ()					
② 認知症について □	<input type="checkbox"/> 認知症あり⇒以下に該当する箇所すべての□に(レ)印を付けてください。 <input type="checkbox"/> 認知症なし⇒③へお進み下さい。(※裏面) ----- <input type="checkbox"/> 自分で物をしまい無くしたり、誰かに物を盗られるような妄想がある。 <input type="checkbox"/> 金銭の勘定が出来なくなった。 <input type="checkbox"/> 自分の部屋や便所の場所が判らないなど、家の中で迷う <input type="checkbox"/> 電話や留守番での受け答えが出来なくなった。 <input type="checkbox"/> 夜間眠らない。 <input type="checkbox"/> 鍋を焦がすなど、火の不始末がある。 <input type="checkbox"/> 家の外をさまよい歩く <input type="checkbox"/> 家族(介護者)への暴言や抵抗がある。 <input type="checkbox"/> 意味不明の言動がある <input type="checkbox"/> 奇声を上げる <input type="checkbox"/> 大便をいじる <input type="checkbox"/> 便所以外の場所で放尿する。 <input type="checkbox"/> ひんぱんに服を脱ぐ <input type="checkbox"/> 意思の疎通が困難である。 <input type="checkbox"/> 同じ事を何度も言う。 <input type="checkbox"/> 食べ物以外を口に入れてしまう。 <input type="checkbox"/> その他の認知症による症状がありましたら以下にご記入ください。 ()					

*裏面もごさいます。

かさかけの里

(裏)

<p>③ 身体状況 について</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>⑤</p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p><日常生活> *次のア～エのうち、ほぼ当てはまるものに、1つ○印を付けて下さい。</p> <p>ア 身の周りのことは大体自分で出来て、1人で隣近所へ外出が出来る。</p> <p>イ 家の中では寝たり起きたり自力で過ごせるが、外出時には介助が必要。</p> <p>ウ ベッド上で過ごすことが多いが、移動に車イスを使用できる。</p> <p>エ 一日中ベッド上で過ごし、自分では身動き出来ず、全てに介助が必要。</p> <p>----- <医療の対応> *当てはまるものに、(レ)印を付けてください。</p> <p><input type="checkbox"/>経管栄養(胃ろう・鼻腔) <input type="checkbox"/>人工肛門 <input type="checkbox"/>ペースメーカー</p> <p><input type="checkbox"/>インシュリン注射 <input type="checkbox"/>在宅酸素 <input type="checkbox"/>尿管カテーテル</p> <p><input type="checkbox"/>その他、医療面で特に注意が必要なこと <input type="checkbox"/>人工透析</p> <p>()</p>			
<p>④ 既往歴等</p>	<p><input type="checkbox"/>脳梗塞 <input type="checkbox"/>脳出血 <input type="checkbox"/>糖尿病 <input type="checkbox"/>その他()</p>			
<p>⑤ 希望入所時期</p>	<p><input type="checkbox"/>すぐに入所したい <input type="checkbox"/>年 日頃が良い <input type="checkbox"/>特に希望はなし</p>			
<p>⑥ 希望棟</p>	<p><input type="checkbox"/>従来棟のみ希望 <input type="checkbox"/>ユニット棟のみ希望 <input type="checkbox"/>どちらでも良い</p>			
<p>⑦ 現在の介護</p>	<p><input type="checkbox"/>自宅 <input type="checkbox"/>その他()</p> <p><input type="checkbox"/>病院(病院名 入院日 . . .)</p> <p><input type="checkbox"/>介護保険施設(施設名 入所日 . . .)</p>			
<p>⑧ 現在 お困り事や 相談したい事</p>	<p><input type="checkbox"/>介護疲れ <input type="checkbox"/>転院 <input type="checkbox"/>介護者不在</p> <p><input type="checkbox"/>経済的な問題 <input type="checkbox"/>医療的な心配</p> <p><input type="checkbox"/>その他()</p>			
<p>申込者欄<家族等・介護支援専門員(代理者)></p>				
<p>フリガナ 氏名</p>	<p>介護者の 年齢</p>	<p>歳</p>	<p>本人との 続柄</p>	<p></p>
<p>〒</p>				
<p>住所 電話番号 - - 携帯番号 - -</p>				
<p>担当介護支援専門員 氏名</p>		<p>事業所名</p>		
<p>*入所申込書における個人情報の利用について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・施設内における入所検討委員会の判定資料。 ・入所に係る各関係機関との情報交換。 ・入所待機状況の調査における本人及び申込者への確認。 ・当施設のサービスの案内。 ・入所申込者からの各種お問い合わせに対してのご相談をお受けするため。 ・群馬県及び保険者となる自治体等が適切な業務遂行のために必要な情報の提供。 <p>(入所待機者の情報の状況把握と介護保険事業計画等の施策への反映のために、氏名、住所、要介護度、現在の待機先、被保険者番号、申込者氏名、連絡先を報告致します。)</p> <p><input type="checkbox"/>上記内容に同意を致します。(ご家族等)</p> <p><input type="checkbox"/>入所申込の説明事項及び上記内容について、本人及び家族へ報告・同意を得ます。(介護支援専門員)</p> <p>平成 年 月 日 署名 印</p>				

*添付書類介護保険被保険者証の写し(必須)*必要に応じて訪問面接させていただきます。
*当施設以外の特別養護老人ホームへ入所した際は、ご連絡ください。
*上記の状況に変化が生じた場合、必ずかさかけの里生活相談員までご連絡ください。

電話番号 0277-40-5167 受付生活相談員 かさかけの里