施設入居の申込書

*	甲し込みされる施設にO印して下さい。	
	特別養護老人ホーム あさくら苑	有料老人ホーム リハ・ティハウスあさくら
	法人内サービス事業所に情報共有する	
申込日		受付担当者
申込者	ふりがな	特記事項(施設が記入)
		···········
		_
	住所	
	電話 ()	
	携帯電話()	
入所を希望		──」
ふりがな	男	保険者
氏 名	女	被保険者番号
生年月日	大正·昭和 年 月 日(才)	要介護度 1・2・3・4・5・申請中(新規・区分変更)
住所		
	□ 自宅で1人暮らし □ 自宅で家族と暮らす	-
生 活	□ 他の施設(老健・療養型・福祉施設・高齢者住宅	
	□ 現在入院中(病院名	時期 令和 年 月から入院)
	□ 介護する人がいない	
	□ 介護する人が(高齢・虚弱・就労中・	育児中 ・ 複数介護 ・ 介護放棄)で自宅では困難
	□ 介護する人の(身体的・精神的)負担が大	たきくて自宅では困難
介護	□ 自宅で介護を始めた時期(平成 年	月頃から)
	□ 現在、居宅サービスを利用して(いる・いな	(v)
	□ 認知症の程度(日常生活自立度 I · Ⅱa・	Шв · Ша · Шв · Ⅳ · М)
	□ 経管栄養 □ 胃ろう	口 透析 ロ インスリン注射
	□ 褥瘡(床ずれ) □ 在宅酸素	□ 吸痰 □ ペースメーカー
医療	□ 感染症()	□ その他()
	<u>現在治療中の病気など</u> (主治医)(歯科医)
申込み 希望	□ この施設のみ申込む	□ 他の施設にも申込む
	 ・すでに申込み済施設()(
	・これから申込む施設()(
主に介護し	<u> </u> ている人について ※介護	
氏名		続柄
同居別	□ 同居している □ 同じ敷地にいる	
	介護で困っていること	
意見など		

[※] 裏面にも記入してください。

入所を希望する人が要介護1又は2の場合には、特例入所の要件に該当する事由の有無について

特例入所の 要件に該当 する事由の 有無 口有 口無	 □ 知的障害・精神障害等を伴い、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等が頻繁に見られる □ 家族等による深刻な虐待があり、心身の安全・安心の確保が困難である □ 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が十分に受けられない 	
該事具の当中のおります。	できるだけ詳しく記入してください	
同意欄	※すべての申込者が記入してくださる。 ※すべての申込者が記入してくださる	

- ※ 申込みの際には、被保険者証の(写し)、直近3か月分のサービス利用票及び別表の(写し)を添付してください。
- ※ 申込み後に他の施設に入所するなどして申込みの必要性がなくなった場合には、施設まで連絡してください。

「入居を希望される方」の心身の状況についてお伺いします。

※分かる範囲で結構ですので、当てはまる項目に☑してください。

かかりつい	病院・主治医 居宅介護支援事業所・担当ケアマネージャー		
歩行状態	□普通 □ゆっくりなら歩ける □何かにつかまって歩く □歩行不能		
麻痺	□なし □あり(麻痺の部位		
移動器具	□何も使わない □杖や手すり □歩行器や老人車 □車椅子(自分で操作できますか? □はい □いいえ)		
着替え	□自力でできる □一部手助けが必要 □すべて介助が必要		
食 事	□自分で食べる □一部手助けが必要 □すべて介助が必要		
飲み込み	□良好 □ムセやすい □飲み込み困難 □経管栄養(□胃ろう □鼻腔)		
排 泄	□自分で可能 □一部手助けが必要 (ズボンの上げ下げなど) □すべて介助が必要		
排泄方法	※複数回答可 □トイレ □尿瓶 □ポータブルトイレ □紙パンツ □尿取りパット □オムツ □留置カテーテル □人工肛門		
意思疎通	□可能 □不可能		
認知症状	□なし □あり(ありの時は、下の項目にもご回答ください。複数回答可) □もの忘れ(□一日ぐらい覚えていられる □すぐ忘れてしまう) □何度も食事を要求する □食べ物以外のものを口にする □食事を食べない □興奮しやすい □暴力がある □介護を拒否する □大声を出す □徘徊する □物取られ妄想がある □幻覚・幻聴がある □トイレ以外で排泄する □おむつを自分で外してしまう □夜間不眠である □独り言が多い □意欲が低下している □その他(
病 歴	 現在の疾患 一部知症(□アルツハイマー □脳血管性 □レビー小体型 □前頭側頭型(ピック病)) 一統合失調症 □高次脳機能障害 □がん □脳梗塞 □糖尿病 □高血圧 □肝炎 □褥瘡(床ずれ) □ALS等の特定疾患 □アルコール依存症 □骨折(骨折の部位 □その他(※複数回答可 □服薬 □インシュリン注射 □人工透析 □心臓ペースメーカー 		
	□在宅酸素 □その他(過去の 病 歴		
	※安心して入居継続頂くために必要な情報です。差し支えなければご回答下さい。		
级汶中加	入居を希望される本人様の収入 身元引受人の予定の方の収入		
経済状況	年間 万円 年間 万円 生活保護受給 口なし 口あり		

※ 皆様の個人情報については、個人情報保護法に基づき適切に取り扱いいたします。