

介護付き有料老人ホーム かつはら 入居申込書

申込日：令和 年 月 日 受付： 申込番号

社会福祉法人 やながせ福祉会
介護付き有料老人ホームかつはら 施設長 様

入居申込者

ふりがな		性別	保険者	<input type="checkbox"/> 姫路市 <input type="checkbox"/> その他 ()
氏名		男・女	認定状況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 認定中
生年月日	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> S 年 月 日			<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2
電話番号	— —		認定有効期間	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5
現住所	〒 —			令和 年 月 日～ 年 月 日

申込代理者 (申込者が本人でない場合は、下の欄も記入してください。)

氏名		入所申込者との続柄	
住所	〒 —	電話番号	自宅 — — 携帯 — —

上記入所申込者について、この入所申込書により入所を希望いたします。

なお、入所のための待機中に、貴施設以外の施設に入所が決定した場合、また要介護度や連絡先、介護の状況等について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。

入居希望時期	<input type="checkbox"/> 早く入居したい <input type="checkbox"/> 令和 年 月頃には入居したい <input type="checkbox"/> 将来的に入居したい (今すぐではない)			
本人の生活状況	普段の生活	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 配偶者との二人暮らし <input type="checkbox"/> 家族同居 (本人含め 人)		
	現在の居所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 入院中 (病院名:) <input type="checkbox"/> その他 ()		
	担当ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (事業所名: 担当者名:)		
	在宅サービスの利用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (サービスの種類と利用頻度)		
	かかりつけ医	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (病院名:) (診療科:) (担当医:)		
	常時の医療行為	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (医療行為の種類と頻度)		
	主な収入	<input type="checkbox"/> 年金 (ひと月あたり 万円) <input type="checkbox"/> その他の収入		
入居希望理由 ※複数回答可	<input type="checkbox"/> 施設入居により安心した生活を送りたい <input type="checkbox"/> 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"/> 認知症などにより常時の見守り、介助が必要 <input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所を求められているが、自宅での生活が困難 <input type="checkbox"/> 介護者が高齢、疾病、育児、就労、別居等のため介護が困難 <input type="checkbox"/> 住宅及び住宅の立地状況が在宅サービスを利用するのに適さない <input type="checkbox"/> その他 ()			
主介護者	ふりがな	性別	本人との関係	生年月日 <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H 年 月 日
	氏名	男・女		電話番号 — —
同意書	<ul style="list-style-type: none"> 施設が必要に応じて入居申込者の担当介護支援専門員等から入居判定に必要な情報を受けることに同意します。 県や市が必要に応じて行う入居申込状況の調査において、調査に必要な情報を報告することに同意します。 			
	令和 年 月 日		氏名	Ⓜ

※要介護認定を受けておられる方は介護保険証の写しも添付してください。

(様式1)

身体状況	視力	日常生活に支障は	有	無	眼鏡は	有	無	備考	
	聴力	日常生活に支障は	有	無	補聴器は	有	無	備考	
	発語	日常生活に支障は	有	無	発語における備考				
	麻痺	有	無	有の場合どこに麻痺がありますか					
	関節拘縮	有	無	有の場合どこに拘縮がありますか					
認知状況	理解力	日常会話は	可	不可	備考				
	認知症状	※認知力の低下により出ている症状をお書きください。							
日常動作	立つ動作	自力で行うことが	可	支えあれば可	不可	備考			
	立ち続ける	自力で行うことが	可	支えあれば可	不可	備考			
	座る動作	自力で行うことが	可	つかまれば可	不可	備考			
	座り	自力で行うことが	可	背もたれあれば可	不可	備考			
	移動	歩くことが	可	数メートルは可	車椅子	車椅子の操作は	可	短距離なら可	不可
	着替え	自力で行うことが	可	軽く手伝えば可	不可	備考			
食事	食べる動作	自力で行うことが	可	軽く手伝えば可	不可	備考			
	食事の形態	普通	一口大	細かく刻む	ミキサー	備考			
	食事の量	多め	普通	少なめ	ごく少量	備考			
	アレルギー	アレルギー食品が	有	無	備考				
排泄	排泄動作	自力で行うことが	可	軽く手伝えば可	不可	備考			
	排泄感覚	尿意は	有	無	便意は	有	無	備考	
	排泄用品	排泄用品を	不使用	パットのみ使用	紙パンツ	紙おむつ	備考		
	下剤	下剤の使用を	していない	時折使用する	常時使用する	備考			
入浴	洗髪	自力で行うことが	可	軽く手伝えば可	不可	備考			
	洗体	自力で行うことが	可	軽く手伝えば可	不可	備考			
	浴槽出入り	自力で行うことが	可	軽く手伝えば可	不可	備考			
既往歴									
その他	※上で記入しきれないような事項があれば自由にご記入ください。								

※自立の方は裏面への記入は必要ありません。