

指定地域密着型介護老人福祉施設 桜の里 入居申込書

桜の里 施設長様

申込日	平成 年 月 日
受付日	平成 年 月 日
受付番号	
受付者	Ⓜ

申請者 (連絡先)	〒	:
	住所	:
	氏名	: Ⓜ (続柄)
	電話	: ()
	携帯	:

以下の通り、入居を申込みます。

入居希望者の状況	フリガナ		性別	保険者	上野原市				
	氏名		男・女	被保険者番号					
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 才	要介護度	I ・ II ・ III ・ IV ・ M					
	現住所等	〒 - 上野原市 電話 ()	認定有効期限	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで					
	現況	<input type="checkbox"/> 一人で暮らしている <input type="checkbox"/> 家族と暮らしている (人暮らし) <input type="checkbox"/> 居宅サービスを利用している (<input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 福祉用具()) <input type="checkbox"/> 特養などの施設や病院に入っている (入居、入院中の方は下記にご記入ください) ※施設種別・施設名又は病院名: ※所在地: ※入居又は入院時期: 平成 年 月頃から							
	入居希望の理由	<input type="checkbox"/> 介護者がいない為 <input type="checkbox"/> 介護者の就労により、十分な介護が出来ない <input type="checkbox"/> 介護者が育児中により、十分な介護が出来ない <input type="checkbox"/> 介護者が病弱で、十分な介護が出来ない <input type="checkbox"/> 他に介護者があり、十分な介護が出来ない <input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所、退院を迫られているが、自宅での介護ができない <input type="checkbox"/> 在宅(施設・病院)で介護が出来るので、すぐに入居しない。 <input type="checkbox"/> 順番通り入居希望だが迷っている <input type="checkbox"/> 順番が来たら、すぐに入居する							
	医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> じょく瘡(床ずれ) <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 現在治療中の病気・既往歴 () <input type="checkbox"/> 主治医病院名・担当医師名 ()							
	特養申請状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申請 <input type="checkbox"/> 他の施設にも申請している ※施設名と入居申込年月 ()							
	主介護者	フリガナ		性別	本人との関係				
		氏名		男・女	生年月日	明・大・昭 年 月 日			
	同居有無	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している <input type="checkbox"/> その他()							
備考	担当ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> いる ※事業所名・名前 () 電話 () <input type="checkbox"/> いない							

入居希望者の身体状況	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 全盲 眼鏡使用: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	麻痺	<input type="checkbox"/> 有 (左・右・両 腕/左・右・両 脚) <input type="checkbox"/> 無
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや難聴 <input type="checkbox"/> 難聴 補聴器使用: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	拘縮	<input type="checkbox"/> 有 (肩・肘・指・股・膝・足) <input type="checkbox"/> 無
	意思疎通	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 一部可 <input type="checkbox"/> 不可	移動	<input type="checkbox"/> 歩行 (自力・杖・歩行器) <input type="checkbox"/> 車椅子 (自力・介助)
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 特記事項()	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	着脱衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	整容	洗面 : <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 歯磨き: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 入れ歯: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	座位	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 長時間 (30分以上)可能 <input type="checkbox"/> 短時間可能 <input type="checkbox"/> 背もたれ (要・不要)	言語障害	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	排泄	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> PTイレ <input type="checkbox"/> オムツ (自立、声掛け誘導、一部介助、全介助)	対人関係	<input type="checkbox"/> 積極的 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 消極的
	性格	<input type="checkbox"/> おとなしい <input type="checkbox"/> 好き嫌いが多い <input type="checkbox"/> 朗らか <input type="checkbox"/> わがまま <input type="checkbox"/> 親しみやすい <input type="checkbox"/> 頑固 <input type="checkbox"/> 几帳面 <input type="checkbox"/> 短気 <input type="checkbox"/> 人に溶け込めない <input type="checkbox"/> 無口 <input type="checkbox"/> その他()	家族構成	
	認知・精神状態	<input type="checkbox"/> 認知症状 無 <input type="checkbox"/> 認知症状 有 ※周辺症状該当の該当するものにレ点して下さい。(複数回答可) <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 精神的障害 無 <input type="checkbox"/> 介護に抵抗 <input type="checkbox"/> 大声で騒ぐ <input type="checkbox"/> 異食行為 <input type="checkbox"/> 精神的障害 有 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 幻覚		
	状況	身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (種 級/障害名:)		
入居申請に至る生活歴				
特記事項				

同意欄	私は、入居希望による情報を、上記の機関・施設・施設職員・家族・その他サービス提供事業者等に照会することに同意します。 平成 年 月 日 氏名 Ⓜ ()
-----	---