

和楽ホーム入居申込書

申込受付日 令和 年 月 日

従来型特養 (四人部屋)

従来型、ユニット型のどちらでもよい

ユニット型特養 (個室)

※希望の居室形態(部屋)にチェックを入れてください。(どちらの形態でもよい場合は、右の欄にチェック)

申込者(連絡先) 今後、郵送物などは、この連絡先に送らせていただきます。

| | | | | | | | | | | |
|-----|------|--|--|--|---|--|----|-----|---|---|
| 申込者 | ふりがな | | | | | | 続柄 | 自宅 | - | - |
| | 氏名 | | | | | | 電話 | FAX | - | - |
| | 〒 | | | | - | | | 携帯 | - | - |
| 住所 | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|-------|---------|---|--|----|----|-----------|-----------|----|-----------|-----------|-----|
| 入居希望者 | ふりがな | | | | | | 男・女 | 電話 | 自宅 | - | - |
| | 氏名 | | | | | | | | FAX | - | - |
| | 〒 | | | | - | | | | | | |
| | 住所 | | | | | | | | | | |
| | 生年月日 | 明・大・昭 | 年 | 月 | 日 | 満 | 歳 | | | | |
| | 介護保険者 | | 被保険者番号 | | | | | | 要介護度 | 1・2・3・4・5 | |
| | 認定期間 | 年 | 月 | 日 | ～ | 年 | 月 | 日 | | | |
| | 現況 | <input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 夫婦で暮らしている <input type="checkbox"/> 家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 施設や病院にいる | | | | | | | | | |
| | | 施設又は病院名 | | | | | | | 所在地(市町村名) | | |
| | | 入所・入院時期 | 年 月 ころから | | | | | | | | |
| | 援護等 | 年金 有・無 (種類) | | | | | | | 生活保護 有・無 | | |
| | | 身体障害者手帳 有・無 | 愛の手帳 有・無 | | | | | | | | その他 |
| | 身体状況健康面 | 身長 | cm | 体重 | kg | 視力(普通・弱い) | 聴力(普通・弱い) | | | | |
| | | 移動 | <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 歩行器や車椅子等があれば自分で出来る <input type="checkbox"/> 一人では移動ができない | | | | | | | | |
| | | 食事 | <input type="checkbox"/> 自分で摂れる <input type="checkbox"/> 一部介助が必要 <input type="checkbox"/> 自分で摂れない | | | | | | | | |
| | | 入浴 | <input type="checkbox"/> 一人で入浴できる <input type="checkbox"/> 見守りや一部介助が必要 <input type="checkbox"/> 一人では入れない | | | | | | | | |
| 排泄 | | <input type="checkbox"/> 自分で排泄できる <input type="checkbox"/> 声掛けや一部介助が必要 <input type="checkbox"/> 自分で排泄ができない | | | | | | | | | |
| 着替 | | <input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 見守りや一部介助が必要 <input type="checkbox"/> 自分ではできない | | | | | | | | | |
| 過去の記憶 | | <input type="checkbox"/> はっきりと覚えている <input type="checkbox"/> 多少忘れている様子がある <input type="checkbox"/> 覚えていない | | | | | | | | | |
| 直前の記憶 | | <input type="checkbox"/> はっきりと覚えている <input type="checkbox"/> 多少忘れている様子がある <input type="checkbox"/> 覚えていない | | | | | | | | | |
| 病気 | | 既往歴及び現在治療中の病気についてご記入ください。 | | | | | | | | | |
| 処置 | | 現在特別な処置がありますか。(又は今後予定のもの) <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう栄養 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> その他 | | | | | | | | | |

入居希望のご本人についてお答えください。 該当する番号に○をしてください。（重複なし）

- A. 認知症の症状がありますか。？
- 1 特に問題となるような認知症の症状はない。
 - 2 買い物や金銭管理等に不安があるが、注意をしていれば日常生活はできる。
 - 3 入浴、着替え、排泄等に支障を来す症状や、意思疎通の困難が時々あり、介護を必要とする
 - 4 日常生活に支障をきたす症状のほか、徘徊その他の行為があり、常に目が離せない。
- B. 入所までの待機についてお聞きます。
- [在 宅 の 方] 1 このまま在宅で、入居まで待つことができる。
2 立ち退きを求められており、待機場所がない。
- [施設・病院の方] 1 このまま施設・病院で、入居まで待つことができる。
2 施設・病院から、退所・退院を迫られている。
- C. 在宅サービスをどのくらいご利用になっていますか。？（支給限度額に応じた利用率）
1. 利用率は6割未満である
 2. 利用率は6割以上である。

介護をしている人についてお答えください。該当する番号に○をしてください。（重複なし）

- D. 介護をする家族や親族はいらっしゃいますか。？
1. はい
 2. いいえ
- 「いいえ」と答えた方は、I に進んでお答えください。（⇒ I へ進む）
「はい」と答えた方だけ、以下の質問のすべてにお答えください。

主に介護をしている人（主たる介護者）

| | | | | |
|-------|--|-----|---------|----|
| ふりがな | | 性別 | 生 年 月 日 | 年齢 |
| 氏 名 | | 男・女 | 年 月 日 | |
| 同居の区分 | <input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している 住所： | | | |

- E. 主に介護をしている人は、1時間以上かかる遠方から通っていますか。
1. はい
 2. いいえ
- F. 主に介護をしている人の健康状態はどうか。？
1. 健康
 2. 障害がある
 3. 病気で在宅療養中
 4. 病気で長期入院中
- G. 主に介護をしている人に、次のような状況がありますか。？
1. 育児中である
 2. 他の家族の看病や介護がある
 3. 特にあてはまらない
- H. 主に介護をしている人は、仕事をしていますか。？
1. 特に仕事はしていない
 2. 仕事をしている
- I. 主に介護をしている人のほかに、介護に協力してくれる人はいますか。？
1. 協力してくれる人がいる
 2. 協力してくれる人はいない

お住まいについてお答えください。 該当する番号に○をしてください。（重複なし）

- J. 今のお住まいはどこですか。
1. 住まいがない
 2. 一戸建て住宅
 3. 集合住宅
 4. 病院・施設にいる
- M. 住まう上で、または介護をする上で問題がありませんか。？
1. 特に問題はない
 2. 介護をするのに不便・危険または家屋の老朽化がひどい

その他連絡欄（ご自由にお書きください。）

※入所の決定の際、認定調査書の写しを行政機関に請求することについて同意します。

※この申込書の内容について保険者・在宅介護支援センター・指定するケアマネジャーへ提供することを同意します。

※入所判定指標に関する内容及び優先度についての説明を受けました。

令和 年 月 日

入居申込者 署名

印