

特別養護老人ホーム春光園（ユニット型）入居申込書

当施設では、入居を申し込まれたすべての方に、申込書を記入いただいています。この申込書をもとに、入居していただく優先度等を決めております。

申込日		平成 年 月 日							
利用者本人	フリガナ					性別	男・女	生年月日	明・大・昭 年 月 日生 ( 歳)
	利用者氏名								
	住 所	〒 - 電話 ( )							
	要介護度	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5				認定有効期間			
						平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで			
被保険者番号					保険者名 (市町村名)				
申込者	フリガナ					利用者本人との関係			
	申込者氏名								
	住 所	〒 -							
	連絡先電話	① ( ) ② ( ) ※連絡がとれる順にご記入下さい。							
連絡先	フリガナ					利用者本人との関係			
	氏名								
	住所	〒 -							
	連絡先電話	① ( ) ② ( ) ※連絡がとれる順にご記入下さい。							

※ 申込者以外の方への連絡を希望される方は、連絡先欄へもご記入下さい。

ケアマネジャーについて	相談できるケアマネジャー	<input type="checkbox"/> いる	<input type="checkbox"/> いない
	ケアマネジャーの氏名		
	連絡先（事業者名）	電話 ( )	

※ 申込には、介護保険被保険者証と介護保険負担割合証の写しが必要です。

※ 入居申込の際、施設内の見学もできます。

注) 要介護認定の変更や住所の変更、介護者や住まいの状況など入居申込書の内容が変わった場合は、必ず変更連絡を施設にお願いします。

注) 他の施設へ入居した場合や死亡した場合など、入居する必要がなくなった場合も、必ず連絡を施設にお願いします。

入居希望者等の状況

※ 該当するものにレ印のうえその状況をご記入下さい。

現在の場所	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らしをしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族（ ）と暮らしている <input type="checkbox"/> 特養・老健などの施設や病院に入っている 施設又は病院名（ ） 施設等へ入所又は入院した時期（平成 年 月 日から） <input type="checkbox"/> ショートステイ（長期）利用している 施設名（ ） 自宅での同居者（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ）																																			
入居希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ <input type="checkbox"/> 半年以内 <input type="checkbox"/> 一年以内 <input type="checkbox"/> その他（ ）																																			
入居を希望する理由 （該当するものをいくつでの選んでください）	<input type="checkbox"/> 介護する者がいないため <input type="checkbox"/> 介護する者が遠く離れたところに住んでいるため <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」、「障害」、「病氣」等により介護することが困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者が就労して介護することが困難なため <input type="checkbox"/> 施設や病院から退所（退院）を求められているため <input type="checkbox"/> その他（ ）																																			
※要介護1又は2の方はご記入下さい。	要介護1又は2の方が入居するためには下記のいずれかに該当することが必要です。ご自身の判断で該当すると思われる項目に印をつけて下さい。 <input type="checkbox"/> 認知症である者であって、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が頻繁に見られる。 <input type="checkbox"/> 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が頻繁にみられる。 <input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難である。 <input type="checkbox"/> 単身世帯である、同居家族が高齢また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の供給が不十分である。																																			
医療に関する状況	（特別な医療的対応）																																			
	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> その他（ ）																																			
	（現在治療中の病気等）																																			
	（その他健康状態に関する事項）																																			
認知症等による問題行動（問題行動の起きる頻度にもレ印をつけて下さい）	<input type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 不穏行動 <input type="checkbox"/> 自傷行為 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> ほどんど毎日 <input type="checkbox"/> 週3～4回程度 <input type="checkbox"/> 週1～2回程度 <input type="checkbox"/> 月数回程度																																			
介護に関する状況	<table border="0"> <tr> <td>飲水食事摂取</td> <td><input type="checkbox"/>自立</td> <td><input type="checkbox"/>見守り</td> <td><input type="checkbox"/>一部介助</td> <td><input type="checkbox"/>全介助</td> </tr> <tr> <td>排尿</td> <td><input type="checkbox"/>自立</td> <td><input type="checkbox"/>見守り</td> <td><input type="checkbox"/>一部介助</td> <td><input type="checkbox"/>全介助</td> </tr> <tr> <td>排便</td> <td><input type="checkbox"/>自立</td> <td><input type="checkbox"/>見守り</td> <td><input type="checkbox"/>一部介助</td> <td><input type="checkbox"/>全介助</td> </tr> <tr> <td>入浴</td> <td><input type="checkbox"/>自立</td> <td><input type="checkbox"/>見守り</td> <td><input type="checkbox"/>一部介助</td> <td><input type="checkbox"/>全介助</td> </tr> <tr> <td>移動</td> <td><input type="checkbox"/>独歩</td> <td><input type="checkbox"/>杖歩行</td> <td><input type="checkbox"/>車椅子自操</td> <td><input type="checkbox"/>車椅子介助</td> </tr> <tr> <td>衣服着脱</td> <td><input type="checkbox"/>自立</td> <td><input type="checkbox"/>見守り</td> <td><input type="checkbox"/>一部介助</td> <td><input type="checkbox"/>全介助</td> </tr> <tr> <td>意思の伝達</td> <td><input type="checkbox"/>普通</td> <td><input type="checkbox"/>やや伝えにくい</td> <td><input type="checkbox"/>かなり伝えにくい</td> <td><input type="checkbox"/>全く伝えられない</td> </tr> </table>	飲水食事摂取	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	排尿	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	排便	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	移動	<input type="checkbox"/> 独歩	<input type="checkbox"/> 杖歩行	<input type="checkbox"/> 車椅子自操	<input type="checkbox"/> 車椅子介助	衣服着脱	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	意思の伝達	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やや伝えにくい	<input type="checkbox"/> かなり伝えにくい	<input type="checkbox"/> 全く伝えられない
飲水食事摂取	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助																																
排尿	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助																																
排便	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助																																
入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助																																
移動	<input type="checkbox"/> 独歩	<input type="checkbox"/> 杖歩行	<input type="checkbox"/> 車椅子自操	<input type="checkbox"/> 車椅子介助																																
衣服着脱	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助																																
意思の伝達	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やや伝えにくい	<input type="checkbox"/> かなり伝えにくい	<input type="checkbox"/> 全く伝えられない																																