

地域密着型特別養護老人ホーム（介護老人福祉施設）ときわ入所申込書

地域密着型特別養護老人ホーム(介護老人福祉施設)ときわに入所したいので、次のとおり申込します。

フリガナ 氏名			性 別	保 険 者		東 広 島 市																						
			男 女	被 保 険 者 番 号																								
生年月日			歳	要介護度		1	2	3	4	5																		
現住所	〒		認定有効期間		平成 年 月 日から																							
					平成 年 月 日まで																							
電話番号			携帯電話																									
現況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人で生活している。 <input type="checkbox"/> 自宅で家族と生活している。(同一敷地内等含)																											
	<input type="checkbox"/> 病院に入院している。病院名: (入院時期:平成 年 月から)																											
	<input type="checkbox"/> 施設に入所している。施設名: (入所時期:平成 年 月から)																											
	<input type="checkbox"/> その他																											
入所希望理由 (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 身寄りがいないなど、介護者がいない。																											
	<input type="checkbox"/> 主な介護者が離れて住んでいる又は長期入院中などの状況にあり、介護ができない。																											
	<input type="checkbox"/> 主な介護者が「高齢」「障害」「病気」などのため、十分な介護ができない。																											
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="2" style="width: 10%;">主な介護者</td> <td style="width: 15%;">フリガナ氏名</td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 5%;">性 別</td> <td colspan="2" style="width: 15%;">本人との続柄</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td>同居 <input type="checkbox"/></td> <td>同居 <input type="checkbox"/></td> <td>別居 <input type="checkbox"/></td> <td>男女</td> <td>生年月日</td> <td>明・大・昭</td> <td>年</td> <td>月</td> <td>日</td> </tr> </table>										主な介護者	フリガナ氏名		性 別	本人との続柄						同居 <input type="checkbox"/>	同居 <input type="checkbox"/>	別居 <input type="checkbox"/>	男女	生年月日	明・大・昭	年	月
主な介護者	フリガナ氏名		性 別	本人との続柄																								
	同居 <input type="checkbox"/>	同居 <input type="checkbox"/>	別居 <input type="checkbox"/>	男女	生年月日	明・大・昭	年	月	日																			
<input type="checkbox"/> 介護者の身体的、精神的負担が大きく、十分な介護ができない。 <input type="checkbox"/> 施設や病院などから退所退院を迫られている。 <input type="checkbox"/> その他()																												
入所希望時期	<input type="checkbox"/> 開設と同時に(開設予定日平成27年7月1日から) <input type="checkbox"/> 平成 年 月頃から																											
医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 褥瘡(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"/> 人工膀胱 <input type="checkbox"/> 痰吸引 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 病歴()																											
入所希望者の状況 ※該当する項目に☑を	身体	視覚	<input type="checkbox"/> 問題無 <input type="checkbox"/> 問題有(状況:)																									
		聴覚	<input type="checkbox"/> 問題無 <input type="checkbox"/> 問題有(状況:)																									
		歯	<input type="checkbox"/> 問題無 <input type="checkbox"/> 一部義歯 <input type="checkbox"/> 総義歯																									
		拘縮	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (肩 肘 指 股 膝 足)																									
		障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (障害名: 種 等級)																									
		認知症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有																									
	整容	入歯	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有																									
		洗面	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助																									
		歯磨	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助																									
	食事	介助	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他()																									
		咀嚼	<input type="checkbox"/> 容易 <input type="checkbox"/> やや困難 <input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> その他()																									
		嚥下	<input type="checkbox"/> 容易 <input type="checkbox"/> やや困難 <input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> その他()																									
		形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他()																									
		治療食	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()																									

入れてください。

本人の状況

日常生活	使用物	<input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> その他()			
	アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (食品名:)			
	その他	特に伝えておきたいこと ()			
	寝間	<input type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> 畳(布団)			
	使用具	<input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 立位用Pバー			
	起床	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 手摺利用 <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> できない			
	歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 手摺利用 <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 老人車 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> できない			
	車椅子移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 手摺利用 <input type="checkbox"/> 要介助			
	会話	<input type="checkbox"/> 問題無 <input type="checkbox"/> 問題有 ()			
	睡眠	<input type="checkbox"/> よく眠れる <input type="checkbox"/> 睡眠剤服用 <input type="checkbox"/> その他 ()			
	昼夜逆転	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
	徘徊	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
	金銭管理	<input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	着脱衣	<input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	人間関係	配慮が必要なこと()			
趣味					
排泄	尿	尿意	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> よくわからない		
		方法	<input type="checkbox"/> 一人でトイレ使用可 <input type="checkbox"/> 介助によりトイレ使用可 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ等を一人で使用 <input type="checkbox"/> 介助によりポータブルトイレ等を使用 <input type="checkbox"/> おむつ・パットを使用		
	便	便意	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> よくわからない		
		排便	<input type="checkbox"/> 自便 <input type="checkbox"/> 他便	イレウス(腸閉塞)の症歴の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
便	方法	<input type="checkbox"/> 一人でトイレ使用可 <input type="checkbox"/> 介助によりトイレ使用可 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ等を一人で使用 <input type="checkbox"/> 介助によりポータブルトイレ等を使用 <input type="checkbox"/> おむつ・パットを使用			
	後始末	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要			
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
職歴	主な職歴、経歴等をご記入ください()				
特養申請状況	<input type="checkbox"/> 本施設のみ申請 <input type="checkbox"/> 他の施設にも申請中				
介護保険利用限度額割合	<input type="checkbox"/> 2割以上 <input type="checkbox"/> 5割以上 <input type="checkbox"/> 8割以上				
ときわのサービス利用	<input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 多世代事業 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所				
担当のケアマネージャー	<input type="checkbox"/> いる 事業所名: _____ 担当者名: _____ <input type="checkbox"/> いない				
身元引受人	フリガナ		性別	本人との続柄	
	氏名	㊞	男女	生年月日	明・大・昭 年 月 日
	現住所			電話	
	勤務先			電話	

(注)本施設では、看護師が夜間駐在しないことから、IVH、気管支切開の方等、夜間の医療行為が必要な方についての申請は受け付けておりません。

同意書 上記申請に伴い、その決定に必要なときは、施設が行政機関、担当ケアマネージャー、その他サービス提供事業者等の関係機関等から必要な範囲で本人及び家族の状況についての情報の提供を受けること、更には情報提供に対して同意します。

申込書提出日 平成27年 月 日

申込者 (本人又は身元引受人)	住所		電話番号	
	フリガナ		携帯電話番号	
	氏名	㊞	メールアドレス	