

郡上市内特別養護老人ホーム入所申込書

新規 ・ 更新 ・ 変更

施設名 アットホームしるとり 施設長 様

申込日 令和 年 月 日

入所を希望するので、次のとおり申込みます。

入所希望者	フリガナ		性別	生年月日			
	氏名		男・女	大・昭	年	月	日(歳)
	住所	〒					
		自宅Tel					
保険者・番号					認定年月日	令和	年 月 日
被保険者番号					認定の有効期間	始	平成 年 月 日
要介護度	3 ・ 4 ・ 5					終	令和 年 月 日
介護支援専門員	居宅介護支援事業者			介護支援専門員名			

申込者	フリガナ		性別	続柄	生年月日		
	氏名		男・女		大・昭・平	年	月 日(歳)
	住所	〒					
		自宅Tel				携帯	
その他連絡先	フリガナ		性別	続柄	生年月日		
	氏名		男・女		大・昭・平	年	月 日(歳)
	住所	〒					
		自宅Tel				携帯	

※申込み者以外の方への連絡を希望される方は、その他の連絡先欄もご記入ください。

申込み状況	<input type="checkbox"/> 当施設のみ申し込む <input type="checkbox"/> 他の施設も申し込んでいる。又は申し込む予定。	
	既に申し込んだ施設名 ① 申し込む予定の施設名 ③	② ④

説明確認欄	私は、入所申込みに際して、入所順番の決定方法及び状況の変化に伴う届出について、施設から説明を受けました。 入所希望者、介護者を円滑に支援するために、岐阜県や各市町村等にこの申込み内容を情報提供すること及び同目的のために使用することに同意します。
	令和 年 月 日 氏名 本人との続柄()

※介護保険証の写し・直近3ヵ月のサービス利用票及び別表の写し(在宅でお過ごしの方のみ)を添付してください。

※連絡先の変更、申込み終了(移転・施設入所・死亡)等がありましたらご連絡ください。

初回申込日	令和 年 月 日	受付日	令和 年 月 日
		受付者	

調査票①入所希望者の状況

年 月 日

現在の居所	<input type="checkbox"/> 自宅で一人で暮らしている				
	<input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている (家族構成)				
	<input type="checkbox"/> 介護施設等に入っている (施設名		入所期間 年 月 ~ 年 月)		
	<input type="checkbox"/> 病院等に入院している (病院名		入院期間 年 月 ~ 年 月)		
入所希望時期	<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				
入所を希望する理由	<input type="checkbox"/> 介護する者がいないため・または不存在と同等 ()				
	<input type="checkbox"/> 介護する者が遠く離れた所に住んでいるため (住所)				
	<input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢 歳」「障害・手帳 級」「病気・怪我」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いて介護することが困難 (1ヶ月 日、1日 時間程度)				
	<input type="checkbox"/> 介護する者が他の者の介護 (要介護度) や育児 (歳) を行っているため				
	<input type="checkbox"/> 主な介護者以外に介護を手伝う者がいないため				
	<input type="checkbox"/> 介護する者の身体的・精神的負担が大きいため				
	<input type="checkbox"/> 居住環境の事情により、十分な介護を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 ()					
認知症等による 周辺症状	<input type="checkbox"/> 心療内科等の受診(病院名)				
	<input type="checkbox"/> 介護する者の身体的・精神的負担が大きいため				
	<input type="checkbox"/> 暴力行為	<input type="checkbox"/> 昼夜逆転	<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"/> ほとんど毎日	<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	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 泄	<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
	歩 行	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	衣類着脱	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	視 力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やや見えにくい	<input type="checkbox"/> かなり見えにくい	<input type="checkbox"/> 全く見えない
	聴 力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やや聞こえにくい	<input type="checkbox"/> かなり聞こえにくい	<input type="checkbox"/> 全く聞こえない
	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
医療に関する状況	<input type="checkbox"/> 定期的な病院受診(病院名)				
	<input type="checkbox"/> 経鼻栄養	<input type="checkbox"/> 胃ろう	<input type="checkbox"/> 在宅酸素療法	<input type="checkbox"/> インスリン注射	
	<input type="checkbox"/> 人工透析	<input type="checkbox"/> 人工肛門	<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・主な内服薬】					
【その他健康に関する特記事項】					

