

特別養護老人ホーム 愛全園 利用申込書兼調査書 (新規 変更)

特別養護老人ホーム愛全園の利用を申し込まれた全ての方に、申込書をご記入いただいております。ご協力をお願いします。この申込書の内容を基に利用して頂く優先度を決めております。
 なお、申し込みの際には、介護保険被保険者証の写しも併せてご提出下さい。

申込者(連絡先)		申込日		令和	年	月	日	<input style="width: 50px;" type="text"/>	
申込書記入者(連絡先)	氏名				本人との関係			固電 定電話	()
	住所	〒 -						携電 帯電話	()
施設からの連絡が付きやすい曜日や時間帯など									
曜日		時間帯		時頃 ~		時頃			

利用希望者

ふりがな			男	女	生年月日	明大昭	年	月	日	満	歳
氏名											
住所	〒196- 昭島市										
介護保険被保険者番号									介護保険負担割合		
要介護度	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5				介護保険負担限度額申請		未・済 段階				
認知症高齢者日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M					ご不明な場合はケアマネジャーにお尋ねください					
同居の方について	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> ご夫婦のみ(相手の方のご年齢 歳) <input type="checkbox"/> ご夫婦以外に同居の方がいる(本人を含め、同居の方全員の人数 人) <input type="checkbox"/> 同居の方で病気療養中や障害者の方がいる										
主に介護している方について	介護する方は <input type="checkbox"/> いる (本人との関係:) <input type="checkbox"/> いない 主に介護する方は <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病弱 <input type="checkbox"/> 病気で治療中 <input type="checkbox"/> 障害がある 主に介護する方は <input type="checkbox"/> 働いている(フルタイム・週 時間) <input type="checkbox"/> 働いていない <input type="checkbox"/> 育児中										
主に介護している方の負担感について	<input type="checkbox"/> 本人と介護者の関係が良好でない <input type="checkbox"/> その他介護で困っていることがある [具体的に]										
介護を手伝う方について	介護を手伝う方は <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない 手伝う方がいる場合その方は <input type="checkbox"/> 親族 <input type="checkbox"/> 近所の方 <input type="checkbox"/> その他の方										
お住まいについて	今のお住まいは <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅以外 () 自宅以外にお住まいの方は、戻る自宅が <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない										
介護する上での住宅の問題について	<input type="checkbox"/> 立ち退きを求められている <input type="checkbox"/> 家屋の老朽化(築30年以上)が著しい <input type="checkbox"/> エレベーターのない集合住宅の2階以上に住んでいる <input type="checkbox"/> 自分の部屋がない <input type="checkbox"/> 自分の部屋とは別の階にトイレや風呂場がある <input type="checkbox"/> その他 具体的に []										
利用を希望する理由について	<input type="checkbox"/> 本人が希望している <input type="checkbox"/> 家族が希望している [具体的に]										
時期について	<input type="checkbox"/> 今すぐに利用したい <input type="checkbox"/> 声がかかったら考えたい <input type="checkbox"/> 今はまだ考えていない <input type="checkbox"/> 年 月 日までに利用したい (理由)										

裏面もご記入ください。

身体状況	精神状態	<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定 (<input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 攻撃 <input type="checkbox"/> うつ <input type="checkbox"/> その他 ())
	起居動作	[寝返り] <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 [協力動作] <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし [自発性] <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし [起き上がり] <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 [協力動作] <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし [自発性] <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし [立ち上がり] <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 [協力動作] <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし [自発性] <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	行動意欲	[レクリエーションへの参加] <input type="checkbox"/> 積極的 <input type="checkbox"/> 促せば参加 <input type="checkbox"/> 拒否 <input type="checkbox"/> その他 [音楽活動などへの参加] <input type="checkbox"/> 積極的 <input type="checkbox"/> 促せば参加 <input type="checkbox"/> 拒否 <input type="checkbox"/> その他
医療・健康状況	現疾患	
	既往歴	
	通院状況	(記入例:○○病院△△科 ××か月・週間に1回)
	薬状況	(薬剤名をお書きください。別紙可)
	特別な処置	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 痰吸引 <input type="checkbox"/> その他・特記事項 () <input type="checkbox"/> なし
	麻痺	<input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 両下肢 / <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 両上肢) <input type="checkbox"/> なし
	拘縮	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし
	嚥下	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 多少困難 <input type="checkbox"/> 困難
	便秘	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (服薬: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 薬名:)
	睡眠	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 (服薬: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 薬名:) 就寝時間: 時頃 起床時間: 時頃
その他本人に該当するもの	<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 大声や奇声 <input type="checkbox"/> その他の行為 (具体的に) <input type="checkbox"/> 病気がある (具体的な病名) <input type="checkbox"/> 認定審査会の意見で、施設入所を進められている	
その他特記すべき事項	※ アレルギーなど	

※ 変更の届出について…要介護度や状態等が変わった場合は、本申込書を再度提出願います。

私は、貴施設の利用に関する方法や手続きについて説明を受け、次のことについて同意します。

*この申込書にある内容について保険者、入所先の施設やケアマネージャーから情報を収集すること。

特別養護老人ホーム 愛全園 施設長 殿

令和 年 月 日

施設利用希望者氏名 _____ ㊟