

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

申込書記入者	氏名	本人との関係	電話	()
主たる介護者	氏名	本人との関係	電話	()
	住所			

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			電話	()
被保険者番号				介護保険負担割合	割
要介護度	□ 1 □ 2 □ 3 □ 4 □ 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	□ 自立 □ I □ II □ III □ IV □ M			ご不明な場合はケアマネー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 <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]				
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"/> 特別養護老人ホームを入院により退所となった <input type="checkbox"/> 認定審査会の意見で、施設入所を進められている				

身

自

介

住

※裏面もご記入ください。

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"/> 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)
申込状況	<input type="checkbox"/> 当施設のみ申し込み <input type="checkbox"/> 他の施設も申し込んでいる、又は今後申し込む予定 ◇すでに申し込んでいる他の施設名 () () ◇今後申し込む予定の他の施設名 () ()

現在受けている介護や治療の様子について

現在の療養場所について	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム <input type="checkbox"/> ケアハウス <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> その他 ()	
*自宅にいる方は記入不要	施設の名称	施設入所・入院開始日 年 月 日頃
ケアプランなどについて	ケアプランは	<input type="checkbox"/> 作っている <input type="checkbox"/> 作っていない
	相談できるケアマネージャーは	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない
	ケアマネージャーの氏名	事業所名
		電話 ()
在宅サービスについて	在宅サービスは <input type="checkbox"/> 使っている <input type="checkbox"/> 使っていない 今後の利用は <input type="checkbox"/> 今のままで良い <input type="checkbox"/> もっと増やしたい <input type="checkbox"/> サービスや使い方を改善したい <input type="checkbox"/> 費用のことで困っている []	
その他特記すべき事項		

利用希望者の状況

生活状況	移動	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子(自走可・不可) <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> リクライニング式車椅子	[介助状況] <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	食事	[主食] <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> ミキサー粥 [副食] <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 雑ミ <input type="checkbox"/> ミキサー	[介助状況] <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	排泄	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> オムツ	[介助状況] <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	入浴	<input type="checkbox"/> 家庭浴槽 <input type="checkbox"/> 手すりつき浴槽 <input type="checkbox"/> 車椅子浴槽 <input type="checkbox"/> 機械(寝台)浴槽 <input type="checkbox"/> 訪問入浴	[介助状況] <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	整容	[洗面] <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 [歯磨き] <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	

※次頁もご記入ください。

身体状況	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 見えにくい <input type="checkbox"/> 見えない◎眼鏡使用 (<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)		身長	cm
				体重	Kg
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聞こえにくい <input type="checkbox"/> 聞こえない ◎補聴器使用 (<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)			
	発語	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや不自由 <input type="checkbox"/> 不自由			
	理解力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 分かりにくい <input type="checkbox"/> 分からない			
	対人関係	<input type="checkbox"/> 協調的 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 拒否的			
	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			
その他特記すべき事項					

※ 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 _____ ㊞