

特別養護老人ホーム オーシャンビュー勝浦 入所申込書

申込日	令和	年	月	日
受付日	令和	年	月	日

- 申込後、本人及び介護者の状況に変動があった場合（要介護度が変わった、認知症の症状の程度が重くなった等）は、必ず施設へ連絡をお願いいたします。

申込者	氏名			自宅	()	
	住所 〒	-		携帯	()	
				本人との関係		

※施設からの郵便物は上記連絡先に送付いたしますので、施設からの連絡を受けることができる方を申込者としてください。
※電話番号は日中連絡が取れる番号をご記入ください。

入所希望者の状況	フリガナ			性別											
	入所希望者氏名			男・女	介護保険被保険者番号										
					要介護	1	2	3	4	5					
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 ()歳			要介護認定期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで									
	現住所	〒 -													
	現況	☐ 自宅で一人暮らし ☐ 自宅で家族と暮らしている ☐ 病院や施設等に入所している 【病院や施設等に入っている方は記入してください】 ◇病院または施設名: _____ 所在地(市区町村名): _____ ◇入院または入所時期: 年 月から入院・入所している													
	医療の状況	☐ 経管栄養 ☐ 胃ろう ☐ 酸素吸入 ☐ インスリン注射 回/日 ☐ ストマ ☐ 尿道カテーテル ☐ 喀痰吸引 ☐ その他() ◇治療中の病気 _____													
	認知症等の症状	◇ケアマネジャー等に聞いてください Ⅲa以上 Ⅱb Ⅱa I 自立													
		☐ なし ☐ 年相応 ☐ あり 【症状】 ☐ 幻覚妄想 ☐ 被害妄想 ☐ 感情が不安定 ☐ 暴言や暴行 ☐ 徘徊 ☐ 収集癖・盗難癖 ☐ 自傷行為 ☐ 不潔行為 ☐ その他()													
	身体状況	食事	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助												
【食事の種類】 ☐ 常食 ☐ 半がゆ ☐ 全粥 ☐ ミキサー															
排泄		☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助													
		【おむつの使用】 ☐ なし ☐ 昼夜 ☐ 夜間のみ													
入浴		☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ 行っていない(清拭など)													
着脱衣		☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助													
移動		☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助													
		【方法】 ☐ 伝い歩き ☐ 杖歩行 ☐ 車いす ☐ リクライニング車いす ☐ ねたきり													
視力		☐ 普通 ☐ やや悪い ☐ 人の動きが分かる程度													
聴力	☐ 普通 ☐ やや悪い ☐ 大声は聞き取れる ☐ 補聴器使用														
言語	☐ 普通 ☐ 聞き取りにくい ☐ 聞き取れない														

介護者の状況	主たる介護者	フリガナ		性別	本人との関係					
		氏名		男・女	生年月日	大・昭・平 年 月 日				
	主たる介護者の状況	☐ 「障害」「重症の病気(がんや難病等)」「認知症」等により十分な介護が困難である ☐ 要介護1～5の者、障害者手帳所持者又は重症の病人等を2名以上(入所希望者を含む)介護又は看護している → ☐ 常時 ☐ 半日 ☐ 臨時 ☐ 生計中心者として就労している 【就労時間 時間/週】 ☐ 未就学児の育児をしている → ☐ 常時 ☐ 半日 ☐ 臨時 ☐ 病気(上記項目の「重症の病気」以外)やケガ等の療養中である ☐ 就学している ☐ 主たる介護者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護が困難である ☐ 住宅改修が困難であるなど、居住環境の事情により十分な介護が困難である ☐ 病院や他施設等から退院・退所を求められているが、在宅での介護が困難である								
	主たる介護者の介護負担	☐ 重い ☐ やや重い ☐ 軽い ☐ 負担なし 【具体的な状況】								
	主たる介護者以外の者の介護	☐ 無 ☐ 有 【頻度】 時間/週 【具体的な状況】								
その他意見	【介護をしている上で困っていること(経済状況、家庭状況含む)、入所を希望する理由等】									
家族等の状況	家族・近隣者等	主たる介護者	氏名	続柄	同居・別居	年齢	職業	住所(市区町村)	入居希望者居所までの所要時間	
		☐			同・別					1時間以上・1時間未満
		☐			同・別					1時間以上・1時間未満
		☐			同・別					1時間以上・1時間未満
	入所希望時期	☐ 今すぐ入所したい ☐ 令和 年 月頃までに入所したい ☐ その他()								
その他	他施設の申込状況	☐ 当施設のみ申込み ☐ 他の施設も申込んでいる、または今後他の施設も申込み予定 申込済みの他の施設名 () () () 申込予定の他の施設名 () () ()								
	部屋の希望	☐ 多床室 ☐ 個室(ユニット型) ☐ どちらでもよい								

※要介護度1・2の方については、以下該当するものを必ず回答してください。

☐ 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。

☐ 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等が頻繁に見られる。

☐ 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。

☐ 単身世帯である、同居家族が高齢又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。

● 本入所申込書の調査に関し、関係施設、関係病院、担当ケアマネジャーに確認することに同意します。

入所希望者氏名 印

申込者氏名 印