

# 地域密着型特別養護老人ホーム ひめゆり 入居申込書

地域密着型特別養護老人ホームひめゆり

苑長 田代 元樹 様

申込日	令和	年	月	日
受付日	令和	年	月	日
受付No.				

入居を希望するので、下記のとおり申込みます。

入居希望者	ふりがな					性別	男・女	生年月日	明・大・昭	年	月	日
	氏名								( 歳 )			
	住所	〒 -							(TEL - - ) (FAX - - )			
被保険者番号						要介護度		1 2 3 4 5				
保険者番号						保険者名						
初回要介護認定年月日		令和 年 月 日				認定の有効期間		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日				
認定審査会の意見等												

※上記(初回要介護認定年月日以外)は、入居希望者の介護保険被保険者証から転記願います。

申込者	住所	〒 -				(TEL - - ) (FAX - - )					
	ふりがな					入所希望者との続柄					
連絡先 (上記以外)	住所	〒 -				(TEL - - ) (FAX - - )					
	ふりがな					入所希望者との続柄					
	氏名					入所希望者との続柄					

※申込者以外の方へ連絡を希望される方は、連絡先欄もご記入下さい。

## 同意書

今後の熊本県及び県内市町村における高齢者保健福祉施策の参考とするため、この申込書の内容を熊本県及び県内市町村に報告することに同意します。

令和 年 月 日

入居申込者 氏名 印

入居希望者 氏名 印

# 入居希望者等の状況

※該当するものにレ印のうえその状況をご記入下さい。

現在の居所	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らしをしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 特養・老健などの施設や病院に入っている 施設又は病院名( ) 施設等へ入居又は入院した時期(平成・令和 年 月から)				
入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ <input type="checkbox"/> 半年以内 <input type="checkbox"/> 1年以内 <input type="checkbox"/> その他( )				
入居を希望する理由 (該当するものをいくつか選んでください)	<input type="checkbox"/> 介護する者がいないため <input type="checkbox"/> 介護する者が遠く離れたところに住んでいるため <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」、「障害」、「病気」等により介護することが困難なため <input type="checkbox"/> 介護するものが就労していて介護することが困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者の身体的・精神的負担が大きい <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				
医療に関する状況	(特別な医療的対応) <input type="checkbox"/> なし				
	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <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( )				
	(現在治療中の病気等)				
		(その他健康状態に関する特記事項)			
係り付けの医療機関名					
認知症等による行動障害	<input type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 不穏行動 <input type="checkbox"/> 自傷行為 <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( )				
行動障害の起る頻度	<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
	排尿	<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
	排泄の方法	<input type="checkbox"/> トイレ	<input type="checkbox"/> ポータブルトイレ	<input type="checkbox"/> おむつ	
	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
	移動に必要な器具等	<input type="checkbox"/> 杖	<input type="checkbox"/> 歩行器	<input type="checkbox"/> 車椅子	<input type="checkbox"/> ストレッチャー
	衣服着脱	<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"/> やや聞えにくい	<input type="checkbox"/> かなり聞えにくい	<input type="checkbox"/> 全く聞えない
	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
その他特記事項					

# 介護者の状況

介 護 者 の 状 況	ふりがな		性 別	男 ・ 女	生 年 月 日	明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日 ( 歳)	続 柄	
	氏 名							
	居住関係	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 (住所: _____) 入所希望者宅までの所要時間 ( _____ 分)						
	就労状況	<input type="checkbox"/> 就労していない <input type="checkbox"/> 就労している (週 _____ 日、週 _____ 時間程度)						
	健康状態	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病弱 ・慢性疾患等で定期的に通院中・病名( _____ ) ・入院していないが継続的な治療を要する・病名( _____ ) ・要入院加療( _____ ヶ月程度・病名 _____ )						
	身体状況	<input type="checkbox"/> 障害有 ( _____ 級・障害の種類: _____ ) <input type="checkbox"/> 無						
	要介護度	<input type="checkbox"/> 有 (要支援 1 2    要介護 1 2 3 4 5) <input type="checkbox"/> 無						
	他に対応を 要とする家族 の有無	<input type="checkbox"/> 育児の必要な家族がいる(子どもの年齢 _____ 歳) <input type="checkbox"/> 3ヶ月以上看病(付添)の必要な家族がいる(自宅療養・入院中) <input type="checkbox"/> 入居希望者以外に介護の必要な家族がいる (要支援 1 2 ・ 要介護 1 2 3 4 5 ) <input type="checkbox"/> 介護の必要な障害を有する家族がいる ( _____ 級・種類: _____ )						
介護協力者の 有無	<input type="checkbox"/> 同居親族に協力者がいる <input type="checkbox"/> 同居以外の親族に協力者がいる <input type="checkbox"/> 親族以外の協力者(近隣者など)がいる <input type="checkbox"/> 協力してくれる人はいない							
居宅介護支援事 業者又は施設名	電話番号		担当者名					
<b>入院・入居(老人保健施設、療養型病床群等)歴</b>								
病院等施設名	疾病名	期			間			
		年	月	日	~	年	月	日
		年	月	日	~	年	月	日
		年	月	日	~	年	月	日
		年	月	日	~	年	月	日
【介護をされていて困っていること、その他特記すべき事項をご記入下さい。】								
上記の如く入居申込を受け付けました。								
地域密着型特別養護老人ホームひめゆり 苑 長                      田 代 元 樹								
受付者職名					氏名			