

特別養護老人ホーム 静霞園 ・ くきの里 ・ いちょうの木 入所申込書

申込日	年	月	日
-----	---	---	---

施設長 殿

○貴施設に入所したいので申し込みます

フリガナ 氏名	男 ・ 女	明 大 昭	年	月	日生	(歳)	
住所	〒 ー 【電話番号】 ()							
介護保険	要介護度	1	2	3	4	5	被保険者番号	
認定期間	年 月 日 から			年 月 日				
介護保険負担割合	()割			介護負担限度額認定	()段階			
特例入所 該当項目 ()	*要介護度2以下の方につきましては該当項目がある場合には下記番号より選択してください。 ①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、疎通困難さが頻繁に見られる。 ②知的・精神障害を伴い日常生活に支障を来すような症状、疎通困難さが頻繁に見られる。 ③家族等により虐待が疑われる等により安全を確保する必要性がある。 ④単身である。同居家族が高齢又は病弱等により十分な支援が受けられない。							
健康保険	種 別				年金等	種 別		
現 況	<input type="checkbox"/> 自宅	病院・施設の名称						
	<input type="checkbox"/> 入院中							
	<input type="checkbox"/> 入所中	入院・入所期間		年 月 日～				
心 身 状 態	歩 行	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助				
	排 泄	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助				
		《おむつの使用》 なし 夜のみ 昼夜						
	食 事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助				
		【主食】	普通	軟食	お粥	ペースト	流動食	
		【副食】	普通	一口大	刻み食	ペースト		
	入 浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助				
	着 脱 衣	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助				
	視 力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 弱視	<input type="checkbox"/> 全盲				
	聴 力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やや難聴	<input type="checkbox"/> 難聴				
言 葉	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 少し不自由	<input type="checkbox"/> 不自由					
行動障害	<input type="checkbox"/> 攻撃的	<input type="checkbox"/> 自傷行為	<input type="checkbox"/> 徘徊	<input type="checkbox"/> うつ状態				
	<input type="checkbox"/> 不穏行動	<input type="checkbox"/> 不潔行為	<input type="checkbox"/> 異食行為	<input type="checkbox"/> 昼夜逆転				
	<input type="checkbox"/> 奇声	<input type="checkbox"/> 多動	<input type="checkbox"/> その他【 】					
医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養	<input type="checkbox"/> インスリン注射	<input type="checkbox"/> 酸素療法	<input type="checkbox"/> 気管切開				
	<input type="checkbox"/> 床ずれ	<input type="checkbox"/> カテーテル	<input type="checkbox"/> 人口肛門処置					
	<input type="checkbox"/> その他【 】							
	※現在治療中の病名【 】 受診医療機関【 】							
認知症高齢者 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 」 *目安:行動疎通の困難さの度合い I:ほぼ問題なし II:見守りによりできる III:時々見られる IV:常に見られる M:治療を要す							

