

特別養護老人ホームメゾンいまだて 入所申込書

申込日	平成 年 月 日 (曜日)	受付担当者
申込者	ふりがな 氏 名	特記事項(施設が記入)
	住 所	
	電 話 (市外)	

入所を希望する人、その状況について ※該当するところは記入か○印、口にはレ印を付けてください

ふりがな 氏 名	男	保 険 者	
	女	被保険者番号	
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 (才)	要介護度	1・2・3・4・5・未認定
住 所			
生 活	<input type="checkbox"/> 自宅で1人暮らし <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らす <input type="checkbox"/> 他の施設(老健・療養型・福祉施設・高齢者住宅)に入所中(施設名) <input type="checkbox"/> 現在入院中(病院名) 時期 平成 年 月から入院)		
	<input type="checkbox"/> 介護する人がいない <input type="checkbox"/> 介護する人が(高齢 ・ 虚弱 ・ 就労中 ・ 育児中 ・ 複救介護 ・ 介護放棄)で自宅では困難 <input type="checkbox"/> 介護する人の(身体的 ・ 精神的)負担が大きくて自宅では困難 <input type="checkbox"/> 自宅で介護を始めた時期(平成 年 月頃から) <input type="checkbox"/> 現在、居宅サービスを利用して(いる ・ いない) <input type="checkbox"/> 認知症の程度(日常生活自立度 I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M)		
医 療	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 褥瘡(床ずれ) <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> その他() 現在治療中の病気など (主治医) (歯科医)		
	<input type="checkbox"/> この施設のみ申込み <input type="checkbox"/> すでに申込み済施設() () <input type="checkbox"/> これから申込み施設() ()		

主に介護している人について ※介護している人と申込者が同じでもこの欄に再記入してください

氏 名	続 柄
同居している	<input type="checkbox"/> 同じ敷地にいる <input type="checkbox"/> 近くで別居 <input type="checkbox"/> 遠くで別居
意見など	介護で困っていること

(入所申込書 添付)

①入所対象者

生活動作	移動	<input type="checkbox"/> 歩行	<input type="checkbox"/> 車イス	
	食事	<input type="checkbox"/> 自分で可	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
		<input type="checkbox"/> 自分で可	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
		<input type="checkbox"/> 普通食	<input type="checkbox"/> きざみ食	<input type="checkbox"/> 嚥下食
		<input type="checkbox"/> 自分で可	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
		<input type="checkbox"/> 自分で可	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
着脱衣	<input type="checkbox"/> 自分で可	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
その他 特記事項(拘縮など)				
生活歴 (趣味・嗜好)	できるだけ詳しくお書き下さい			
既往歴	過去の病気・怪我など			
認知症	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 軽度	<input type="checkbox"/> 中度	<input type="checkbox"/> 重度
	行動	攻撃的行為	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 (具体的内容:)
		自傷行為	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 (具体的内容:)
		徘徊	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 (具体的内容:)
		不潔行為	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 (具体的内容:)
		昼夜逆転	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 (具体的内容:)
その他 特記事項(コミュニケーションなど)				

②家族状況について

氏名	続柄	生年月日	住所	職業	電話
		年 月 日			
		年 月 日			
		年 月 日			
		年 月 日			
		年 月 日			

③ケアマネジャー及び居宅介護支援事業所

担当ケアマネジャー	居宅介護支援事業所

- * 次のような場合には、必ずご連絡下さるようお願いいたします。
- ・入所申込書に記載されている内容が変更になった場合
 - ・担当ケアマネジャーが代わった場合
 - ・他施設入所や死亡等により入所申込を取り消す場合

