

特別養護老人ホーム赤井江マリンホーム 入所申込書

特別養護老人ホーム 赤井江マリンホーム 園長 様

【記入例】

〔太枠の中をご記入ください〕

申込日	平成 〇〇年 〇月 〇〇日
-----	---------------

※この欄は記入しないで下さい

受付日	平成 年 月 日
担当・氏名	

1. 申込者

ふりがな	いわぬま たろう	続柄	電話番号	
氏名	岩沼 太郎	長男	自宅	0223-〇〇-〇〇〇〇
			携帯・会社等	090-〇〇〇〇-〇〇〇〇
住所	〒989-〇〇〇〇			
	岩沼市下野郷〇〇〇〇〇			

2. 入所希望者の状況

ふりがな	いわぬま はなこ		性別	男・ <input checked="" type="radio"/> 女
氏名	岩沼 花子		生年月日	明治 <input checked="" type="radio"/> 大正・昭和 10年 〇月 〇〇日 〇〇歳
住所	〒989-〇〇〇〇			
	岩沼市下野郷〇〇〇〇〇			
介護保険	被保険者番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	保険者名	岩沼市
	要介護度	要介護1・要介護2・要介護3・要介護4 <input checked="" type="radio"/> 要介護5		
	認定期間	平成 25年 1月 1日 ~ 平成 25年 12月 31日		
担当介護支援専門員	<input checked="" type="radio"/> いる・ <input type="radio"/> いない →いる場合は以下の項目を記入して下さい。			
	事業所名	〇〇居宅介護支援事業所		
	氏名	〇〇 〇〇		
	電話番号	0223-〇〇-〇〇〇〇		
健康保険	種別	後期高齢者医療	記号・番号	〇〇〇〇〇〇〇〇
障害者手帳等	<input checked="" type="radio"/> 有・ <input type="radio"/> 無			
	障害名	脳梗塞 左上下肢不自由		
	判定	第 1種 1級		
受給年金	種類	厚生年金(障害)	年収	約150万円
生活保護	有・ <input checked="" type="radio"/> 無			
現況	【自宅】 <input type="checkbox"/> 一人暮らし <input checked="" type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> その他(同居家族 人)			
	【病院(施設)に入院(入所)中】 病院・施設の名称( ) 年 月 日から入院(入所)している			
介護期間	平成20年 1月から介護が必要になった			

医療の状況	病名	医療機関名	期間
・治療中の病気	糖尿病	〇〇病院	H10年 1月~
	高血圧症	〇〇病院	H12年 12月~
			年 月~
			年 月~
・既往歴	病名	医療機関名	期間
	脳梗塞	〇〇病院(手術)	H17年 8月~H17年 12月
			年 月~ 年 月
			年 月~ 年 月

・次の処置を現在されている方は、該当を○で囲んで下さい

胃ろう 鼻腔栄養 透析 尿管カテーテル ストマ(人工肛門) インシュリン注射  
血糖値測定 気管切開 酸素療法 吸引(日 回) その他( )

現在服用している薬を記入して下さい

〇〇〇〇 :毎食後  
〇〇〇〇 :就寝前

入所希望の理由や現在の生活で困っていることなどがありましたら、ご記入して下さい

短期入所、デイサービスを利用して生活しています。家族は全員就労しており自宅での介護が困難な為入所を希望しました。

入所希望者、家族の意向

施設に入所して穏やかに過ごして欲しい。本人も施設への入所を理解しており納得しています。

他施設への申込み状況	他の施設への申込状況 <input type="checkbox"/> 他の施設には申し込んでいない <input checked="" type="checkbox"/> 他の施設にも申し込んでいる( 2カ所) (施設名 特別養護老人ホーム 〇〇〇、〇〇〇 )
------------	--

3. 入所希望者の身体状況

現在のお体の状況について記入して下さい(該当箇所には○)

視力	<input checked="" type="radio"/> 支障なし	<input type="radio"/> 弱視(右・左)	<input type="radio"/> 眼鏡	<input type="radio"/> 全盲	
聴力	<input type="radio"/> 支障なし	<input checked="" type="radio"/> やや難聴(右・左)	<input type="radio"/> 難聴(右・左)	<input type="radio"/> 補聴器(右・左)	
会話	<input type="radio"/> できる	<input checked="" type="radio"/> ある程度できる	<input type="radio"/> できない		
麻痺	<input type="radio"/> 無	<input checked="" type="radio"/> 有(部位 左半身麻痺)	<input type="radio"/> 拘縮	<input checked="" type="radio"/> 有・無	
食事	自立	見守り	<input checked="" type="radio"/> 一部介助	<input type="radio"/> 全介助	
	経管栄養(胃ろう・鼻腔)				
	主食	常食	<input checked="" type="radio"/> お粥	ミキサー食 其他( )	
	副食	常食	刻み(粗・超)	<input checked="" type="radio"/> ミキサー食	
飲み込み	むせない	<input checked="" type="radio"/> 時々むせる	いつもむせる	水分でむせる	
入浴	自宅	訪問入浴	<input checked="" type="radio"/> その他(短期入所、デイスサービスで入浴)		
	自立	見守り	<input type="radio"/> 一部介助	<input checked="" type="radio"/> 全介助	
排泄	自立	見守り	<input type="radio"/> 一部介助	<input checked="" type="radio"/> 全介助	
	尿意	ある	時々ある	<input checked="" type="radio"/> ない	
	便意	ある	時々ある	<input type="radio"/> ない	
	昼間	<input checked="" type="radio"/> トイレ	尿器	<input checked="" type="radio"/> 紙パンツ	紙おむつ 其他( )
	夜間	<input checked="" type="radio"/> トイレ	尿器	紙パンツ	<input checked="" type="radio"/> 紙おむつ 其他( )
更衣	自立	見守り	<input checked="" type="radio"/> 一部介助	<input type="radio"/> 全介助	
移動	歩行可能	→ 自立	杖	歩行器 シルバーカー	
	車いす使用	→ 自立	見守り	<input checked="" type="radio"/> 一部介助 全介助	
移乗	自立	見守り	<input checked="" type="radio"/> 一部介助	<input type="radio"/> 全介助	
立ち上がり	自立	見守り	<input checked="" type="radio"/> 一部介助	<input type="radio"/> 全介助	
認知症状	<input checked="" type="radio"/> 有・無				
特記事項	下記の事項は介護するにあたって支障がある場合にチェックをつけて下さい。				
	<input type="checkbox"/> 徘徊する <input type="checkbox"/> 奇声や大声をあげる <input type="checkbox"/> 被害妄想がある <input type="checkbox"/> 暴言や暴力がある <input type="checkbox"/> 夜間不眠や昼夜の逆転がある <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 放尿、排便 <input type="checkbox"/> 介護に対する拒否 <input type="checkbox"/> 不潔行為がある <input type="checkbox"/> その他介護する上で問題となる行動がある ( )				
生活歴	宮城県 岩沼市 で生まれた。父は 農業、母は 農業 の仕事をしていた。兄弟は 5人(男 3人、女 2人)。現在は 2人。職業は 18歳から 看護師 をしていた。昭和18年に結婚し、子供は 3人。65歳まで仕事をしていた。退職後は、旅行、園芸カラオケ、ダンス を趣味としていた。平成20年頃から介護が必要となった。				
特記事項	※本人の生活歴について書ききれないことなど、詳しく記入をお願いします。(学歴、生活していた場所等)				

4. ご家族の状況

同居しているご家族の状況  
主に介護に携わっている方は◎、介護に携わっている方は○を、備考欄に付けてください

氏名	続柄	年齢	就労の状況	病気・障害等の有無	備考
岩沼 太郎	長男	62	<input checked="" type="radio"/> 有・無	特になし	○
岩沼 ○○	長男の妻	59	有・ <input checked="" type="radio"/> 無	右大腿骨骨折、高血圧	◎
岩沼 ○○	孫	26	<input checked="" type="radio"/> 有・無	特になし	
			有・無		
			有・無		

別居している子供

氏名	続柄	年齢	就労の状況	介護の協力
岩沼 ○○	次男	60	<input checked="" type="radio"/> 有・無	常時可能・ <input checked="" type="radio"/> 緊急時可能・不可
宮城 ○○	長女	58	有・ <input checked="" type="radio"/> 無	常時可能・ <input checked="" type="radio"/> 緊急時可能・不可
			有・無	常時可能・緊急時可能・不可

主介護者の状況※(主で介護をしている方の状況です)

介護期間	5年	就労の状況	フルタイム	パート	アルバイト	<input checked="" type="radio"/> 介護の為に退職
持病の状況	入院が必要	定期的外発	なし	複数人の介護	有	<input checked="" type="radio"/> 無 乳幼児の養育 有・ <input checked="" type="radio"/> 無

5. 説明確認及び情報収集に係る同意

私は、貴施設への入所申込みに際し、入所申込みから入所契約までの手続き、及び入所順位の決定方法について施設から説明を受けました。  
貴施設が入所順位決定の為に必要な範囲内において、私(入所希望者及びその家族)に関する情報を市町村、担当居宅介護支援事業所、他の介護保険施設及び医療機関から収集すること、また、今後の高齢者対策の参考にするため県及び市町村に情報の提供を行うことに同意します。  
なお、入所申込み後に本人の死亡、施設入所、状態の変化等の申込み事項に変更があった場合には速やかにその旨を連絡します。

平成 25年 ○月 ○日 ※入所申込書の受取時に上記についての説明を行います。

入所希望者 岩沼 花子 印  
入所希望者の家族 岩沼 太郎 印

6. ご本人の生活やお体の状況、日ごろの介護の状況などご自由にお書き下さい

(今までの項目で書ききれないことや、特別に伝えておきたいことなど、どんなことでも構いません。ご自由にお書き下さい。)

主介護者は大腿骨骨折の既往があり自宅で介護するのは大変です。震災にて自宅も全壊となり、仮設住宅にて過ごしている為自宅での介護は困難、兄弟も遠くで生活しているため協力は難しい状態です。