

指定介護老人福祉施設 入所申込書兼現況届け

特別養護老人ホーム 上板あおば苑 施設長 様

申込者連絡先	(ふりがな)		続柄		施設記入欄	相談方法	(電話・窓口)
	氏名					ご相談日	年 月 日
	住所	〒 -				相談対応者	
	電話番号	()	携帯電話	- -		受付日	年 月 日
	特記事項					受付者	

※今後、必要な連絡は上記連絡先にさせていただきます。

入所対象者の状況								
(ふりがな)		性別	男・女	障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)				
氏名				J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2				
生年月日	大正・昭和・平成	年	月	日	未認定・申請中・要介護			3・4・5
自宅住所	〒 -		電話番号	()	携帯電話	- -		
	現在生活している所		<input type="checkbox"/> 自宅で単身 <input type="checkbox"/> 高齢者のみ世帯 <input type="checkbox"/> 自宅で家族と同居 <input type="checkbox"/> 他の施設や病院で					
利用している居宅支援事業所について	事業所名称			所在地	〒 -			
	担当介護支援専門員名			電話番号	()	FAX	()	
入院及び入所先	施設・病院の名称			所在地	〒 -			
	施設・病院担当者			電話番号	()	FAX	()	
身体状況	視力	普通 大きい文字程度 物の輪郭程度 全く見えない						
	聴力	普通 大きい声なら聞こえる 全く聞こえない						
	言語	話せる 聞き取りにくい話せる 話せない 手話・筆談・ゼスチャー						
	麻痺・拘縮	手(右・左)・足(右・左)・肩(右・左)・肘(右・左)股関節(右・左)膝(右・左)						
食事	食事形態	主(普通 粥 おにぎり ミキサー) / 副(普通 刻み 超刻み ミキサー)						
	方法	箸 スプーン フォーク 栄養チューブ						
	介助程度	自立 見守り 一部介助 全介助						
	歯	自歯 義歯(上 下 両方) なし						
排泄	排尿	昼	トイレ・Pトイレ・尿器・おしめ・パット・カテーテル					
	夜	トイレ・Pトイレ・尿器・おしめ・パット・カテーテル						
尿意便意	尿意	有	時々	無	便意	有	時々	無
入浴	方法	一般浴 リフト 特別浴						
	介護程度	自立 見守り 一部介助 全介助						
	着脱衣	自立 見守り 一部介助 全介助						
移動	方法	歩行 杖 歩行器 車椅子 シルバーカー						
認知症	有・無	認知症発病、又は診断された時期 平成 年 月頃 (病院)						
	意思伝達	他者に伝達出来る 時々出来る 出来ない						
	指示への反応	通じる 時々通じる 通じない(忘れる)						
	認知症高齢者の日常生活自立度	Ia・Ib・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M						
医療的なケアについて	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インスリン自己注射 <input type="checkbox"/> ストーマ(人口肛門) <input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> 膀胱ろう <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養							
	<input type="checkbox"/> その他 ()							
	医療機関名				担当医			

※介護保険被保険者証をお持ちの方は、複写(コピー)を、必ず添付して下さい。						
家庭環境	家族構成	<input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> その他() 計 人			<input type="checkbox"/> 同居	<input type="checkbox"/> 別居
	ふりがな		続柄		性別	生年月日
	主介護者				男・女	大正・昭和・平成 年 月 日
ご家族の意向		<input type="checkbox"/> 至急入所したい <input type="checkbox"/> 今以上介護が必要になったら入所したい。				
ご本人の意向		<input type="checkbox"/> 至急入所したい <input type="checkbox"/> 今以上介護が必要になったら入所したい。 <input type="checkbox"/> 入所はしたくない。				
他施設への申し込み状況		<input type="checkbox"/> 当施設のみ <input type="checkbox"/> 他の特養 <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> その他				
入所申し込み理由	※お困りになっていること(特殊な介護を行っている場合や介護する側の事情等)を具体的にお書き下さい。					

同意欄	1. 今回の入所申し込みを受けて、施設の職員が入所希望者の心身の状況等について調査することに同意し、協力いたします。 2. 円滑な入所のために、施設が現在利用している居宅介護支援事業所の担当ケアマネージャーと連携を図り、情報提供を受けることに同意いたします。 3. 指定介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)への入所申し込み者の状況を調査するため、氏名、生年月日、住所(居所)、入所希望時期について、保険者である市町村及び徳島県に報告することに同意します。					
	年 月 日					
	氏名(本人) 氏名(家族等)					

※必要に応じて申し込み後の状況について、施設より確認や連絡をすることがあります。
 ※他施設への申し込み状況については、入所決定に関して何ら影響を与えるものではありません。ありのままにご記入下さい。
 ※待機順位につきましては、要介護度重い方や緊急度の高いと判断された方・居室等の空き状況等により、随時変動しますのでご了承下さい。
 ※要介護度などの心身の状況の変化や他施設への入所等があれば、ただちに下記までご連絡ください。

〒771-1330 徳島県板野郡上板町西分字橋西1-10
 特別養護老人ホーム 上板あおば苑
 TEL 088-637-6622 FAX 088-637-6623

ここに記載されました個人情報、サービス提供(入所)に関わる目的以外に使用することはありません。