

入所申込書

特別養護老人ホーム石垣一燈園に入所したいので、下記のとおり申し込みます。

申込年月日	令和 年 月 日	受付番号		
フリガナ 氏名		性別	生年	(明治・大正・昭和)
		男・女	月日	年 月 日 (歳)
		電話 番号	()	—
	()	()	()	—
住所	郵便番号 (—)			
介護認定	1. 未申請	要介護度	要介護 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)	
	2. 申請中	被保険者番号		保険者
	3. 申請済	有効期間	年 月 日	～ 年 月 日迄
現在の 状況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らし <input type="checkbox"/> 自宅で家族と同居している <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設入所中 <input type="checkbox"/> 介護・医療療養型医療施設入所中 <input type="checkbox"/> 他の特別養護老人ホーム入所中 <input type="checkbox"/> 病院入院 <input type="checkbox"/> その他の施設に入所中			
	※施設名および病院名 ()			
	入所・入院時期 (年 月 から入所・入院) 所在地 ()			
	退所・退院の要請有無 無 ・ 有 (年 月 までに退所・退院)			
入所を希 する理由 (該当するものすべて印)	<input type="checkbox"/> 介護者がいないため <input type="checkbox"/> 介護者が高齢・病気のため			
	<input type="checkbox"/> 介護者の就労のため <input type="checkbox"/> 介護者の負担が大きいため			
	<input type="checkbox"/> 病院・施設から退所を求められているが在宅での介護ができないため			
	<input type="checkbox"/> その他 ()			
	医療の 状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養	主な病気・既往歴など	
<input type="checkbox"/> 胃ろう				
<input type="checkbox"/> 在宅酸素				
<input type="checkbox"/> インシュリン				
<input type="checkbox"/> その他				
申込者及 び主たる 介護者	フリガナ	続柄	連絡先	
	氏名		自宅 () —	
		(歳)	携帯 () —	
	住所 〒 (—)			
同居の有・無 (主たる介護者)				
入所希望	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所 <input type="checkbox"/> (年 月) まで <input type="checkbox"/> 順番がき次第 <input type="checkbox"/> いずれ入所したい			
※特例入所要件 ()				
① 認知症で、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられる				
② 知的障害、精神障害等を伴い、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられる				
③ 家族などによる深刻な虐待が疑われることなどにより、心身の安全・安心の確保が困難				
④ 単身者や同居家族が高齢または病弱などの理由により、家族の支援が期待できず、地域での介護サービスや生活支援の供給も不十分				
他の施設の申込状況 () ・ () ・ ()				
居宅介護 援事業者	事業者名	電話	() —	
	担当CM	番号	() —	
「個人情報提供同意書」 この度の申込にあたり、この申込書の内容について行政機関および各介護保険施設などからの要請による情報提供に同意します。				
令和 年 月 日 氏名 印 (続柄)				
※介護保険被保険者証の写し、直近3ヶ月分の居宅サービス利用票を添付して下さい。				
施設記入欄	受付担当者	備考		

診 断 書

氏 名		男・女	M・T・S 年 月 日生
病 名	1. _____	初 診 年 月 日	1. _____ 年 月 日
	2. _____		2. _____ 年 月 日
	3. _____		3. _____ 年 月 日
	4. _____		4. _____ 年 月 日
	5. _____		5. _____ 年 月 日
<p>現病歴 :</p> <p>既往歴 : 高血圧・心臓病・結核・呼吸器疾患・悪性腫瘍・糖尿病・尿路疾患 頭部 (血管障害等) ・外傷 その他 ()</p> <p>薬剤アレルギー : 無 ・ 有 ()</p>			
<p>身体所見 : 身長 _____ 体重 _____ 血圧 _____ / _____ 脈拍 _____ 体温 _____</p> <p>聴診所見 : 心音 _____ 呼吸音 _____</p> <p>腹部所見 : _____</p> <p>神経学的所見 : _____</p>			
検 査 結 果	尿 : (年 月 日) 蛋白 () 糖 () 潜血 () ウロビリ ()		
	血液 : (年 月 日) RBC _____ Hb _____ Ht _____ WBC _____		
	PLT _____ TP _____ ALB _____ T-BiI _____ GOT _____ GPT _____		
	γ-GTP _____ LDH _____ T-CHOL _____ BUN _____ Cr _____		
	Na _____ K _____ Cl _____ FBS _____ CRP _____ 血液型 _____		
HBs-Ag _____ HCV-Ab _____ STS _____			
ECG所見 (年 月 日) _____			
胸部X線所見 (年 月 日) _____			
処方 :		<ul style="list-style-type: none"> ・ 障害高齢者日常生活自立度 (寝たきり度) 正常・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2 ・ 認知症高齢者の日常生活自立度 正常・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M ・ HDS-R (長谷川式) _____ 点 ・ 食欲 : ・ 睡眠 : 	
特記事項 : (点滴・注射等の処置、その他の治療内容があればご記入下さい。)			
住 所 医療機関名 医 師 名		令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 印	

身体及び精神等の状況調査票

令和 年 月 日 記入

氏名		男・女	生年月日	MTS 年 月 日 (歳)	
住所	〒 -	TEL - -			
		携帯 - -			
緊急連絡先	〒 -	TEL - -			
		携帯 - -			
心身の状況	1. 麻痺の有無 右上肢・左上肢・右下肢・左下肢・その他 ()				
	2. 拘縮の有無 肩・肘・股・膝・足・その他 ()				
	3. 視力 普通・少し見える・見えない・眼鏡 ()				
	4. 聴力 普通・少し聞こえる・耳元で大声・聞こえない・補聴器 (有・無)				
	5. 言語 普通・少し分かりにくい・ほとんど分からない・分からない				
	6. 身障手帳 無 有 (障がい名:)				
	7. 精神障がい 精神障がい (有・無) 認知症 (有・無)		認知症による周辺症状 徘徊 被害妄想 収集癖 大声を出す 夜間せん妄 異食 不潔行為 介護に抵抗 落ち着きがない その他 ()		
	8. 知的側面 物忘れ (重・中・軽・無) 見当識障害 (場所・時間・人物・無)				
	9. コミュニケーション (意思の疎通) できる・ときどきできる・ほとんどできない・できない				
	10. 対人関係 内気・活発・普通・無表情・その他 ()				
介助の程度・A・D・L	1. 起き上がり 自力・一部介助・全介助				
	2. 歩行 自力・杖歩行・歩行器・老人カー・車いす (介助: 要・不要) ・リクライニング				
	3. 排泄 自力・誘導・尿器・ポータブル (昼・夜) ・リパソ・オムツ (夜間・昼夜)				
	4. 食事 自力・一部介助 (箸・スプーン・自助具) ・全介助・経管栄養 (経鼻・胃ろう)				
	5. 入浴 自力・一部介助・全介助 浴槽: 一般浴・機械浴				
	6. 着脱衣 自力・一部介助・全介助				
摂食	口腔状態 良・悪 ()		義歯 (上・下・両方)		
	主食 (普通・軟・粥・ミキサー)		副食 (普通・刻み・ミキサー)		
備考	嚥下状態 良・やや悪・悪		アレルギー 無・有 ()		
	その他 タバコ (一日 本)		酒 (一日 合)		