

特別養護老人ホーム大野和幸園入居申込書

令和 年 月 日

入所希望者 氏名	ふりがな	明治・大正・昭和 年 月 日生	男・女
			歳
住所	〒		
申込者 氏名	ふりがな	続柄	男・女
			歳
1. 現在の状況			
<input type="checkbox"/> 自宅療養中 <input type="checkbox"/> 病院入院中(年 月 日 頃から) 主介護者() 病院名() 担当相談員() <input type="checkbox"/> 施設入所中(年 月 日 頃から) <input type="checkbox"/> その他 施設名() 担当相談員()			
2. 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 申請済 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 未申請			
被保険者番号 [] 保険者 [] 要支援・要介護区分 要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5 認定の有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日 負担割合証 1割・2割・3割 負担限度額認定 第1段階・第2段階・第3段階①・第3段階②・第4段階 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 未申請 居宅介護支援事業所事業所名() 担当ケアマネ()			
3. 健康保険証及び手帳の種類			
国保・社保・後期高齢者・その他() 障害者手帳 有・無 交付年月日 年 月 日 種別 種 級			
4. 経済状況			
年金恩給等の種類 () 月平均受領額: 円			
5. 本人の同意			
同意している・同意していない・意志疎通困難()			
6. 他施設への申込み状況			
<input type="checkbox"/> 申込みなし 当該のみ申し込む <input type="checkbox"/> 申込み(予定)あり ()()			
7. 入所を希望する理由			
<input type="checkbox"/> 身寄りがいないなど介護する者がいないため <input type="checkbox"/> 介護する者が地理的に離れている、もしくは病院等に長期入院するなどの状況により介護が不能 <input type="checkbox"/> 介護する者はいるが、要介護状態、高齢等の状況にあり、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護する者はいるが、要支援状態、高齢等の状況にあり、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護する者はいるが、複数の介護や育児を行っているなど、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護する者はいるが、就業しているため、十分な介護が困難			

8. 病歴について

(発症年月日： / 病名：)

(発症年月日： / 病名：)

(発症年月日： / 病名：)

(発症年月日： / 病名：)

9. ご本人様の状態

食事： 自立 一部介助 全介助 胃瘻

排泄： 自立 一部介助 全介助 バルンカテーテル ストマ
 トイレ 紙パンツ ポータブルトイレ 紙オムツ

移動： 自立 一部介助 全介助
 独歩 杖 歩行器 車椅子 (自操 介助)

移乗： 自立 一部介助 全介助

[認知症による行動障害]

該当なし

徘徊 不潔行為 不穏行動 自傷行為 暴力行為 昼夜逆転

異食 幻視、幻覚 被害妄想

[医療処置]

酸素 点滴 吸引 () インスリン注射
()

[新型コロナワクチン接種]

未接種 回接種済み

(① ② ③ ④ ⑤)

身元保証人 氏名	ふりがな	続柄	明治・大正・昭和・平成		男・女
			年	月	日生 歳
住所	〒				
勤務先					
連絡方法	①(自宅・携帯・勤務先・その他[]) TEL				
	②(自宅・携帯・勤務先・その他[]) TEL				
主介護者 氏名	ふりがな	続柄	明治・大正・昭和・平成		男・女
			年	月	日生 歳
家族	氏名	続柄	年齢	連絡先	