

## 特別養護老人ホーム ソレイユ甲府 入居申込書

令和 年 月 日

施設長 様

※施設記入欄ですので記入しないで下さい

初回申込日	令和 年 月 日
-------	----------

## 1 入居申込者の状況

(フリガナ) 氏名			性別	生年月日	
			男・女	明・大・昭 年 月 日 ( 歳)	
住所	〒 ( - )				電話 ( )
介護保険	保険者名	市(区) 町・村	被保険者番号		
要介護度	1. 要介護度1 2. 要介護度2 3. 要介護度3 4. 要介護度4 5. 要介護度5 6. その他				
障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2			
認知症高齢者の日常生活自立度		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M			
現在の状況	1. 自宅で生活(デイサービス、ショートステイ利用状況) ( ) (週 回) 2. 特別養護老人ホームに入居している (施設名 ) 利用期間 ( ) 3. その他の施設、病院等に入所している(施設、病院名 ) 利用期間 ( )				
入所を希望する時期	1. すぐにでも入居したい 2. 6ヶ月以内には入居したい 3. 当面は必要ないが、将来的には入居したい				
居宅介護支援事業所またはケアマネジャー		事業所名 担当者名	電話		
主治医	病院名	主治医名	電話		

## 家族、身元引受人等の連絡先

(フリガナ) 氏名			続柄
住所	〒 ( - )		電話

## 2 家族の状況

	項目	目
該当する	1.	ひとり暮らし
項目1つに○をつ	2.	家族全員(未成年者を除く)が要介護状態、病気療養中又は障害を有するため、介護が困難
けてくだ	3.	家族全員(未成年者を除く)が要支援状態又は75歳以上であるため、介護が困難
さい	4.	同一世帯に要介護状態、病気療養中又は障害を有する者が複数いるため、介護が困難
	5.	上記以外の状態で介護が困難

※裏面も記入してください。

※入所申込後に本人及び家族の状況に変化が生じた場合は、改めて申込みしてください。

(裏面)

3 家族の状況(同居者)

※	氏名	生年月日	続柄	職業	就業時間	健康状態(入院・通院・要介護)
		. .				
		. .				
		. .				
		. .				

※欄に主介護者は○印をつけてください。

4 認知症状について(現在認知症状で困っていることなど)当てはまる番号に○をつけて下さい

1.徘徊はありますか? (1. ない 2. ときどきある 3. ある)	10. 帰宅願望、家に帰るなど落ち着きが無い事がありますか? (1. ない 2. ときどきある 3. ある)
2. 外出すると戻れないことがありますか? (1. ない 2. ときどきある 3. ある)	11. 1人で外に出たがり目が離せない (1. ない 2. ときどきある 3. ある)
3. 物を取られたりなどと被害的になる事がありますか? (1. ない 2. ときどきある 3. ある)	12. いろいろなものを集めたり、無断で持ってくる事がありますか? (1. ない 2. ときどきある 3. ある)
4. 作話、妄想などがありますか? (1. ない 2. ときどきある 3. ある)	13. 物を壊したり、衣類を破いたりする事がありますか? (1. ない 2. ときどきある 3. ある)
5. 泣いたり、笑ったり感情が不安定なることがありますか? (1. ない 2. ときどきある 3. ある)	14. ひどい物忘れはありますか? (1. ない 2. ときどきある 3. ある)
6. 昼夜が逆転することはありますか? (1. ない 2. ときどきある 3. ある)	15. 意味が分からない独り言や独り笑いはありますか? (1. ない 2. ときどきある 3. ある)
7. 何度も同じ話をする事がありますか? (1. ない 2. ときどきある 3. ある)	16. 自分勝手に行動することがありますか? (1. ない 2. ときどきある 3. ある)
8. 大声を出すことがありますか? (1. ない 2. ときどきある 3. ある)	17. 話がまとまらずに会話にならないことがありますか? (1. ない 2. ときどきある 3. ある)
9. 介護に抵抗することがありますか? (1. ない 2. ときどきある 3. ある)	

5 その他事項(家族の状況等、介護において特に困っていることがあれば記載してください。)

- ・ 緊急性が高い事由。(主たる介護者の急死・救急入院・住居の立ち退きを迫られているなど)
  
- ・ 居住環境について困っていること。(廊下・階段・便所・浴室等の改修が困難など)
  
- ・ 病院へ入院中の方、また医療的処置(カテーテル・経管栄養、酸素療法など)が必要な方は、現在の状況と今後の予定について。
  
- ・ その他、上記以外で特別に配慮が必要な個別の事情について。