

特別養護老人ホーム「コアトレース厨川」入居希望申込書



特別養護老人ホーム



コアトレース厨川

〒020-0124 岩手県盛岡市厨川二丁目7番20号

TEL (019) 648-0841 FAX (019) 648-0843

特別養護老人ホーム「コアトレス厨川」入居希望申込書

申込日	令和 年 月 日				受付印欄
申込者	フリガナ			続柄	
	氏名				
住所	〒				
電話番号			携帯番号		

1. 入居希望者 ご本人様について

フリガナ ご入居者名			生年月日 大正・昭和 年 月 日 (歳)		
現住所	〒				
要介護認定 (介護保険証 等)	被保険者番号			保険者	
	介護度	☐ 1 ☐ 2 (裏面へ) ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 区分変更中		認知症 自立度	ご不明の場合は担当ケアマネへ確認をお願いします。
	有効期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			
		介護負担割合証	割	介護保険負担限度額認定証	段階
居宅介護支援 事業所	事業所名				TEL
	担当介護支援 専門員				
現在の状況	☐ 在宅 ☐ 病院 ☐ 老人保健施設 ☐ 有料老人ホーム ☐ グループホーム ☐ その他 ()				
	病院 又は 施設名			入院・所の時期 (令和 年 月から)	
居宅サービス 利用状況	☐ 週5~7日サービスを利用している ☐ 週3~4日サービスを利用している ☐ 週1~2日サービスを利用している		サービス 内容	☐ 訪問介護 ☐ 訪問看護 ☐ 訪問入浴 ☐ 訪問リハ ☐ 通所介護 ☐ 短期入所	
主たる介護者	フリガナ			性別	本人との関係
	氏名			男・女	生年月日 昭和 平成 年 月 日
	区分	☐ 同居 ☐ 別居 (住所:)			
入居希望者の 家族構成	氏名	年齢	続柄	就労	住所
				有・無	
				有・無	
				有・無	
申込状況	☐ 当該施設のみ申し込む ☐ 他の施設も申し込んでいる。または、申し込む予定				
入居希望時期	☐ 今すぐ入居したい ☐ 6か月以内 ☐ 1年以内				
本人の 入居意向	☐ 入居を希望 ☐ 迷っている ☐ 拒否 ☐ 知らせていない ☐ 認知機能低下により理解が困難				
本人経済状況	年金種類	☐ 国民年金 ☐ 厚生年金 ☐ 共済年金			円/月
	その他の収入	☐ 遺族年金 ☐ 恩給 ☐ その他			円/月
短期入所 希望	*施設のベッドに空きがある場合、短期入所の連絡を差し上げても良いですか ☐ 連絡しても良い ☐ 短期入所は利用しない				

2. 身体状況

食事摂取	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助			
	(主食) ☐ 常食 ☐ 半粥 ☐ 全粥 ☐ ゼリー粥			
	(副食) ☐ 常食 ☐ 刻み ☐ ミキサー ☐ ソフト食			
	(備考) ☐ 経管栄養 ☐ 糖尿病食 ☐ 減塩食			
排泄	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助			
	☐ トイレ ☐ オムツ ☐ ポータブル ☐ 尿器			
入浴	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助			
更衣	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助			
移動	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助			
	☐ 歩行 ☐ 歩行器 ☐ 杖使用 ☐ 車椅子 ☐ 寝たきり			
視力	☐ 普通 ☐ やや悪い ☐ 人の動きがわかる程度			
聴力	☐ 普通 ☐ やや悪い ☐ 大声が聞き取れる			
言語	☐ 普通 ☐ 聞き取りにくい ☐ 聞き取れない			
意思疎通	☐ 可能 ☐ 簡単な会話は成り立つ ☐ 難しい（会話は成立しない）			

3. その他の状況

認知症診断	☐ あり（ ☐ アルツハイマー型認知症 ☐ レビー小体型認知症 ☐ 脳血管性認知症 ） ☐ なし			
具体的な症状	☐ 物忘れがある（食事したこと 等） ☐ 徘徊（外出して戻れない 等）			
	☐ 昼夜逆転がある ☐ 介護されることに抵抗がある			
	☐ 突然大声や奇声を発する ☐ 幻覚や幻聴がある			
	☐ 異食・過食がある ☐ 同じことを何度も訴える			
	☐ 暴言や暴行がある ☐ 感情が不安定である			
	☐ オムツを外す ☐ その他（ ）			
医療的な処置	☐ 経管栄養（経鼻・胃瘻） ☐ 透析（週 回） ☐ パルーンカテーテル			
	☐ ストマ（人工肛門） ☐ 在宅酸素療法（ l） ☐ 褥瘡処置			
	☐ 吸引（昼 回・夜 回） ☐ インスリン注射（朝・昼・夕）			
	☐ その他（ ）			
既往歴	※ 現在治療中のものを含めて記載願います			
	・昭和 平成 令和 年頃（ ）			
	・昭和 平成 令和 年頃（ ）			
	・昭和 平成 令和 年頃（ ）			
住宅環境	☐ 住環境が介護に適さない（トイレ・浴室状況・車椅子が使えない等）			
	☐ 周辺環境が介護に適さない（坂道・階段上・アパート上層階等）			
入居希望理由	☐ 介護する者がいないため			
	☐ 介護する者が高齢で介護が困難			
	☐ 介護する者が疾病や障害等により介護が困難なため			
	☐ 介護する者が育児や複数の介護を行っていて介護が困難			
	☐ 介護者が就労しており、介護が困難			
	☐ 退院または退居を求められてる			
☐ その他（ ）				

* 特例入所要件（要介護 1 又 2 の方のみご記入ください）

- ☐認知症があり、日常生活に支障を来している
- ☐重度（認知症自立度がⅢA以上）である
- ☐知的障がい、精神障がい等を伴い、日常生活に支障を来している
()
- ☐家族等による深刻な虐待が疑われる
- ☐
()
- ☐単身世帯等で家族等による支援が期待できない
(上記の状態が介護者の急死等で発生)
- ☐

※ 市町村への照会： 年 月 日 結果： ☐可 ☐不可

施設側で照会しますのでこちらは未記入でお願いします。

* お願い *

- ① 介護保険証、介護負担割合証、介護負担限度額認定証（お持ちの方）、基本情報等の添付をお願いいたします。

② 入居希望者の要介護度や住所の変更等、入居申込書に記載した事項等に変更があった場合や入居希望者がお亡くなりになられた場合、他の介護老人福祉施設等に入居された場合などは、必ず当施設に連絡をお願いいたします。

③ 必要に応じて申込み後の状況について、「申込者」様へ確認のご連絡することがございますので、住所や連絡先が変更となった際もご連絡をお願いいたします。

同意 確認欄	1、現在、受けているサービス事業所又は医療機関等への本人状況の確認に同意します。 2、毎年岩手県が独自に実施している「介護保険施設入所（入院）希望者数調査」など県または市町村から状況把握のために情報提供を求められた場合には施設が提示することに同意します。 確認者 印 -----
-----------	---

確認欄について、自署の場合は、押印不要です。