

特別養護老人ホームつれづれの郷 入所申込書

申込者(連絡先) ※今後、郵送物はこちらにお送りさせていただきます。

申込日	令和	年	月	日
受付日	令和	年	月	日
受付者				

住所	〒			
氏名			続柄	
電話		携帯		

以下の項目についてわかる範囲でご回答ください。

入所希望者	(フリガナ)			性別	保険者									
	氏名			男 女	被保険者番号									
	生年月日	明・大・昭	年	月	日(歳)	要介護認定期間	令和	年	月	日から	令和	年	月	日まで
	現住所	〒 -												
生活・経済状況	現況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らし <input type="checkbox"/> 自宅で家族と同居 <input type="checkbox"/> 特養などの施設又は病院に入っている <input checked="" type="checkbox"/> 入所中の施設・病院名() 入所又は入院した時期(年 月 日から)												
	待機状況	<input type="checkbox"/> 施設・病院から退所の働きかけはない <input type="checkbox"/> 施設・病院から退所の働きかけがある(年 月まで)												
	入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ <input type="checkbox"/> 6か月以内 <input type="checkbox"/> その他(年 月まで)												
	在宅サービス利用率	<input type="checkbox"/> 施設・病院に入所中 <input type="checkbox"/> 限度額の40%未満 <input type="checkbox"/> 限度額の40%~60%未満 <input type="checkbox"/> 限度額の60%~80%未満 <input type="checkbox"/> 限度額の80%以上												
	在宅サービス利用状況	<input type="checkbox"/> 施設・病院に入所中 <input type="checkbox"/> 十分サービスを利用している <input type="checkbox"/> まあまあサービスを利用している <input type="checkbox"/> 一部サービスを抑制している <input type="checkbox"/> ほとんど利用できていない												
	保険料の段階	<input type="checkbox"/> 第5段階以上 <input type="checkbox"/> 第4段階 <input type="checkbox"/> 第3段階 <input type="checkbox"/> 第2段階 <input type="checkbox"/> 第1段階												
	住居	<input type="checkbox"/> 施設・病院に入所中 <input type="checkbox"/> 快適な生活ができる住宅 <input type="checkbox"/> 一部居住性に問題がある <input type="checkbox"/> かなり居住性に問題がある <input type="checkbox"/> 帰る住まいがない												
医療状況・その他	医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 特になし 【現在治療中の病気・その他特記事項】												
	生活歴	<input checked="" type="checkbox"/> 出生、学歴、職歴、結婚歴、子供、趣味、性格、その他												
	申し込み状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申込み <input type="checkbox"/> その他施設も申込んでいる、又はその予定 ・申込み済、又は申込み予定の施設名()												
主たる介護者について	(フリガナ)			性別	続柄	生年月日								
	氏名			男 女		明・大・昭	年	月	日(歳)					
	同居の有無	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(住所:)												
	就労の有無	<input type="checkbox"/> 就労している(週 日 時間程度) <input type="checkbox"/> 就労していない												
	健康状態	<input type="checkbox"/> 大きく問題ない <input type="checkbox"/> 病弱・慢性疾患等で通院中 <input type="checkbox"/> 身体の関節等に強い痛みがある <input type="checkbox"/> 何らかの障害を持っている(区分:)												
	対応を要する家族の有無	<input type="checkbox"/> 育児を要する子ども <input type="checkbox"/> 看病を要する家族 <input type="checkbox"/> 入所希望者以外の介護を要する家族												
	協力者の有無	<input type="checkbox"/> 介護協力者がいる <input type="checkbox"/> 協力者はいない 【介護上の困りごとや、その他特記事項】												
特記事項														
紹介事業所 (又は支援センター名)	事業所名			担当者			電話番号							

入所希望者の身体・精神状況についてお伺いします

※あてはまるものにチェックをいれてください。

介護に関する状況	食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 半介助	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	食形態	<input type="checkbox"/> 経口摂取 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 食事制限・アレルギー()				
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 半介助	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
		<input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> ストーマ				
	入浴	<input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 機械浴				
	衣服着脱	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 半介助	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> ストレッチャー				
	視力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや見えにくい <input type="checkbox"/> かなり見えにくい <input type="checkbox"/> ほぼ見えない				
	聴力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや聞こえにくい <input type="checkbox"/> かなり聞こえにくい <input type="checkbox"/> ほぼ聞こえない				
	意思疎通	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> やや伝えにくい <input type="checkbox"/> かなり伝えにくい <input type="checkbox"/> 全く疎通できない				
	記憶力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 忘れっぽい <input type="checkbox"/> すぐ忘れてしまう				
	麻痺	<input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし				
皮膚疾患	<input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし					

※行動について、あてはまるもの1つにチェックをいれてください。

1. 物を盗られたなどの被害妄想	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
2. 作話し周囲に言いふらす	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
3. 幻視・幻聴	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
4. 感情が不安定	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
5. 昼夜逆転や不眠傾向	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
6. 暴言や暴力	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
7. しつこく同じ話を繰り返す	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
8. 大声を出す	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
9. 介護抵抗	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
10. 徘徊	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
11. 「家に帰る」等と落ち着きがない	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
12. 外出すると一人では戻れない	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
13. いろいろな物を集めたり無断で持ってくる	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
14. 火の不始末	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
15. 物や衣類を壊したり、破く	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
16. 不潔な行為	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
17. 食べられないものを食べてしまう	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
18. ひどい物忘れ	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある

申し込み内容に変更等がございましたら、お手数ですが下記番号までご連絡ください。

また、ご不明点などにつきましても遠慮なくお問い合わせください。

〒049-0101

北斗市追分7丁目11番21号

特別養護老人ホームつれづれの郷

地域密着型特別養護老人ホームつれづれの郷-北斗

電話：0138-48-1777 FAX：0138-49-7337

担当：生活相談員