

地域密着型特別養護老人ホーム おたっしや倶楽部 入居申込書(その1)

申 込 日	令和	年	月	日
受 付 日	令和	年	月	日

地域密着型特別養護老人ホーム おたっしや倶楽部 施設長 様

【提出者】

住 所	〒		
(フリガナ) 氏 名	電話番号	本人との関係	
	Ⓜ		

地域密着型特別養護老人ホーム おたっしや倶楽部へ入所したいので、次のとおり申し込みます。

本 人 の 状 況	(フリガナ) 氏 名	性別	介護保険保険者		
		男・女	被保険者番号		
	生年月日	明・大・昭 年 月 日	(歳)	要介護度	1・2・3・4・5
	住 所	〒	介護認定 期 間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	
	認知症等による行動障害 (別表1参照)	・ときどき見られる行動の番号： ・頻繁に見られる行動の番号：			
	心身の状況	1. 障害有(障害の種類: 級 種・手帳番号) 2. なし			
	入所を希望する理由 (※1)	1. 主たる介護者 ① ない(音信不通を含む) ②長期入院、施設入所により、居ない () 2. 主たる介護者がいるが、介護が困難(複数回答あり) 理由:①高齢 ②障害者 ③複数の要介護者がいる※2 ④就業 ⑤育児 () 3. 地域の介護サービス等に不足がある(複数回答あり) ①夜間の介護サービス ②往診や訪問看護等医療系サービス ③常時の見守り ④家事支援等の安価なサービス活動 ⑤その他 () 4. その他 ()			
	医療的処置の状況	現在治療中の病気等の番号(複数回答あり) 1. 点滴 2. 中心静脈栄養 3. 透析 4. 人工肛門 5. 酸素療法 6. 人工呼吸器 7. 気管切開 8. 疼痛看護 9. 経管栄養 10. モニター測定 11. 褥瘡 12. カテーテル 摂取している薬及びその頻度 _____ _____			

※1 入居を希望する理由()内には、その具体的理由を記入してください。

※2 複数の要介護者がいる場合、当該要介護者の要介護度を()内に記入してください。

地域密着型特別養護老人ホーム おたっしや倶楽部 入居申込書(その2)

介 護 者 の 状 況	主たる介護者	(フリガナ) 氏名		性別	本人との関係	
				男・女		
		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)			
		同居区分	1. 同居 2. 別居()			
	従たる介護者	(フリガナ) 氏名		性別	本人との関係	
				男・女		
		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)			
		同居区分	1. 同居 2. 別居()			
		介護の可能性	介護困難 ・ 多少介護可能 ・ 介護可能			
	介護期間					
主たる介護者の就労状況		主たる介護者の育児の状況		主たる介護者の健康状態		
有(常勤・パート) 無		有(人) (歳・ 歳・ 歳) 無		良好 不良()		
				主たる介護者の家族の健康状態		
				良好 不良()		
そ の 他	入居を希望する時期		1. 今すぐ 2. 年 月頃までには、入所したい			
	申込の状況		1. 当該施設のみ申し込む 2. 他の施設に申し込んでいる 所在地: 施設名:			
	待機月数		年 月			
説 明 確 認	<input type="checkbox"/> 私は、入居申込の際、入居に関する手続き及び入退所の必要性を評価する基準等について、説明を受けました。 <input type="checkbox"/> また、特例入居について説明を受け、要件の判断にあたり、当施設の調査内容を保険者市町村に報告することに同意します。 <input type="checkbox"/> おたっしや倶楽部入居申込書提出にあたり、本人の健康状態、施設の人員など受け入れ体制により、必ずしも「おたっしや倶楽部」への入居を確約するものでないことに同意します。					
	令和 年 月 日					
	氏名 _____					

※被保険者証(写)、サービス利用票(写)及びサービス利用票別表(写)(概ね直近3カ月分)を添付してください。

※入居の必要性がなくなった場合には、別紙「特別養護老人ホーム入居申込取下げ書」を提出してください。

※申込内容に変更が生じた場合には、当施設にご連絡ください。

別表1

認知症等による行動障害	<ol style="list-style-type: none"> 1. 徘徊 2. 外出して戻れない 3. 被害的 4. 大声を出す 5. 介護に抵抗 6. 収集癖 7. 一人で出たがる 8. 物や衣類を壊す 9. 昼夜逆転 10. 作話 11. 感情が不安定 12. 同じ話をする 13. 落ち着きなし 14. ひどい物忘れ 15. 独り言・独り笑い
-------------	---

※「ときどき見られる行動」については、少なくとも1カ月間に1回以上、1週間に1回未満の頻度で現れる行動を記載してください。

※「頻繁に見られる行動」については、少なくとも1週間に1回以上の頻度で現れる行動を記載してください。

状 況 確 認 表

令和 年 月 日現在

お名前		男・女	生年月日	年	月	日 (歳)		
現在の生活場所						要介護度		
ご家族氏名				続柄				
ご家族住所	〒							
医務 看護 関係	既往歴							
	現病歴							
	主治医							
身体 状況	身長	cm	体重	kg	視力	普・弱・全盲	聴力	普・難聴・聾
	発語	普・やや普・不自由		床ずれ	有 (場所) _____ ・ 無			
	オムツ	有 (常時 ・ 夜のみ) _____ ・ 無						
	上半身の状態							
	下半身の状態							
	むくみ	有 (場所) _____ ・ 無			皮膚の疾患状態 ()			
日常生活	歩行	自立・一部介助・車椅子			排泄	自立・一部介助・全介助		
	食事	自立・一部介助・全介助			入浴	自立・一部介助・全介助		
	着脱	自立・一部介助・全介助			徘徊	有 ・ 無		
認知症による不適応行動		有 () ・ 無						
性格				対人関係	拒否的 ・ 親しみやすい ・ 協調的			
精神状態	正常 ・ 障害あり (ご様子:)							
問題となる行動等								
生活上の注意すべき点								
その他								

健康診断書

フリガナ				性別	生年月日				年齢		
名前				男・女	M・T・S	年	月	日	歳		
身長	cm (測定日 年 月 日)			感染症	結核既往 (有・無)						
体重	kg (測定日 年 月 日)				B型肝炎HBs抗原 (陽性・陰性)						
血圧	/ mmHg				C型肝炎HCV抗体 (陽性・陰性)						
脈拍	回/分 正常・異常 ()				MRSA (+ ・ -)						
胸部XP	正常・異常 ()				梅毒 (陽性・陰性)						
心電図	正常・異常 ()				疥癬 (有・無)						
尿検一般	糖		mg/日以下	既往歴							
	蛋白		mg/日以下								
	潜血		±								
	ケトン		±								
血液検査	白血球		/ul	現病歴							
	赤血球		/ul								
	CRP		mg/dl								
	ヘマトクリット		%								
	ヘモグロビン		g/dl								
	γ-GTP		U/L								
	GOT		KU/l	認知症の有無							
	GPT		KU/l								
	HbA1c		%								
	血糖		mg/dl								
	尿素窒素		mg/dl								
	クレアチニン		mg/dl								
	TP		g/dl								
	アルブミン		g/dl								
血液型		Rh(+・-)									
総合所見	認知症高齢者の日常生活自立度		自立	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M	
	障害高齢者の日常生活自立度		自立	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2
	入居に際しての諸注意をご記入下さい。 (内服薬・栄養状態・生活に関して記載して下さい。内服薬に関しては、お薬手帳でも結構です)										
病院名	診断書記入日 令和 年 月 日										
所在地											
連絡先											
	担当医師 印										