

【特例】 特別養護老人ホーム浮洲園 入所申し込み書及び調査票

NO.

特別養護老人ホーム 浮洲園  
施設長 難波 淳人 殿

平成 年 月 日

<申請者> 〒

住所

(ふりがな)

氏名 続柄( )

※印の項目は必ずご記入下さい。

電話番号

|       |              |     |                         |
|-------|--------------|-----|-------------------------|
| 入所希望者 | 住所 〒         |     |                         |
|       | (ふりがな)<br>氏名 | 男 女 | 生年月日<br>明・大・昭 年 月 日( 歳) |

※ 1、希望入所施設について、あてはまるところに○を付けて下さい。 ※添付の料金表もご参照下さい。

|                  |                   |             |
|------------------|-------------------|-------------|
| 1 従来型(多床室)に入所を希望 | 2 ユニット型(個室)に入所を希望 | 3 どちらでも構わない |
|------------------|-------------------|-------------|

※ 2、現在の要介護度

|      |   |   |   |      |                    |
|------|---|---|---|------|--------------------|
| 要介護度 | 1 | ・ | 2 | 有効期限 | 平成 年 月 日 ~平成 年 月 日 |
|------|---|---|---|------|--------------------|

3、申込者の身体状況及び日常生活状況について、各項目にお答えください。

|        | 介 護 状 況                          | 具体的な状況 |
|--------|----------------------------------|--------|
| 食事     | 自立 一部介助 全介助                      |        |
| 排泄     | 自立 一部介助 全介助                      |        |
| 入浴     | 自立 一部介助 全介助                      |        |
| 更衣     | 自立 一部介助 全介助                      |        |
| 歩行(移動) | 自立 一部介助 全介助                      |        |
| 麻痺     | 無 ( 左上肢 左下肢 右上肢 右下肢 )            |        |
| 拘縮     | 無 部位: 肩関節 肘関節 股関節 膝関節 足関節 その他( ) |        |
| 視力     | 問題なし やや見えにくい 見えない                |        |
| 聴力     | 問題なし やや聴こえづらい 聴こえない              |        |
| 会話     | 問題なし やや困難 できない                   |        |
| もの忘れ   | 有 無                              |        |
| 徘徊     | 有 無                              |        |
| 被害妄想   | 有 無                              |        |
| 大声・興奮  | 有 無                              |        |
| 暴言・暴力  | 有 無                              |        |
| 昼夜逆転   | 有 無                              |        |

※ 4、申込者のかかりつけ病院、病歴・現病歴をお書き下さい。

|          |     |
|----------|-----|
| かかりつけ病院名 | TEL |
| 病歴・現病歴   |     |

・今までにかかったご病気・手術歴や現在治療中のご病気について分かる範囲で記載してください。

※ 5、申し込み現在の所在について、いずれかに○を付け、状況をご記入下さい。

|     |            |             |   |     |
|-----|------------|-------------|---|-----|
| 自宅  | 利用中の在宅サービス |             |   |     |
| 施設  | 施設名        | 入所          | 年 | 月 日 |
| 入院中 | 病院名        | ( H 年 月 ~ ) |   |     |
|     | 入院の理由、病名:  |             |   |     |

※施設とは老人保健施設・グループホーム・有料老人ホーム等が該当します。

※ 6、介護者の状況について該当する番号に○をして下さい。(口内は該当項目にチェック)

|   |   |
|---|---|
| 1 | 身寄りがなく、介護するものがない  |
| 2 | 介護する者がいない( <input type="checkbox"/> 介護者が長期入院・入所 <input type="checkbox"/> 介護者が遠方に在住 )  |
| 3 | 介護する者はいるが、十分な介護力がない。<br>(介護者が <input type="checkbox"/> 高齢・要介護・要支援状態 <input type="checkbox"/> 病気療養中 <input type="checkbox"/> 障害がある )         |
| 4 | 介護する者はいるが、介護にあたる時間を十分に確保できない。<br>(介護者が <input type="checkbox"/> 就労している <input type="checkbox"/> 他にも介護している <input type="checkbox"/> 育児している ) |
| 5 | 介護する者はいるが、上記以外の理由で介護を行うことが困難である。  |
| 6 | 1～5に該当しない(介護に欠ける状態ではない)。<br>※具体的に、現在の家族状況、介護者の状況をご記入ください。   |

注:「遠方」とは、申込み宅へ家族等が訪問するのに2時間以上かかる距離である場合をいう。

注:「高齢」とは、65歳以上をいう。

7、申込者の家族構成をお書き下さい。(配偶者、子、孫、協力関係のある親族等)

| (ふりがな)<br>氏名 | 続柄 | 年齢 | 住所 | 電話番号 |
|--------------|----|----|----|------|
|              |    |    |    |      |
|              |    |    |    |      |
|              |    |    |    |      |
|              |    |    |    |      |
|              |    |    |    |      |
|              |    |    |    |      |

※ 8、申込者の現在の生活基盤について、当てはまるところに○を付けて下さい。

|    |                            |
|----|----------------------------|
| 年金 | 国民年金 厚生年金 共済年金 遺族年金 その他( ) |
|    | 1ヶ月あたりのおおよその金額( )円         |
| 住居 | 本人の持ち家 借家(一軒家) アパート その他( ) |

※ 9、その他(申込みの理由等をお書き下さい。)

|  |
|--|
|  |
|--|