

介護老人福祉施設 バーデンライフ中川
入居申込書

個室ユニットへの希望の有無
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有

※ 受付後5年間保存します			
申込日	年 月 日	受付日	年 月 日

申込者・記入者(連絡先)

住所	〒	続柄	
(フリガナ) 氏名		電話番号 (自宅) (携帯)	

介護老人福祉施設 バーデンライフ中川に入所したいので、次のとおり申し込みます。

入所希望者の状況							
(フリガナ) 氏名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	住民票住所	市・区・町・村		
現住所	〒	電話番号					
生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 (歳)						
後期高齢者 保険	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	(<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> その他)	記号		番号		
年金等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	種別	<input type="checkbox"/> 老齢基礎年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> その他				
障害者手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	手帳の種類 (判定 種 級) (障害名)					
介護保険	被保険者番号		生活保護	<input type="checkbox"/> 非該当			
	保険者番号 町・市			<input type="checkbox"/> 該当 (担当者名) (担当行政市町村名)			
要介護認定	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 認定期間 年 月 日 ~ 年 月 日						
【要介護1・要介護2の方へ】 要介護1又は要介護2の方が、特別養護老人ホームへ入所するには、居宅において日常生活を営む事が困難な事について、やむを得ない事由があると認められる事が必要です。①認知症である者であって、日常生活に支障を来す様な症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる、②知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来す様な症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる、③家族等による深刻な虐待が疑われる事等により、心身の安全・安心の確保が困難である、④単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である等により家族等による支援が期待出来ず、かつ、地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分である、と言う事情がある場合には、そうした状況が分かる様に、次ページ以降の各欄に具体的な状況を記載して下さい。							
減免証	<input type="checkbox"/> なし (減免の種類) <input type="checkbox"/> あり						
担当ケアマネジャー	氏名				連絡先	(電話番号)	
	事業所名						

現在利用しているサービス等

介護老人保健施設、介護療養型医療施設、有料老人ホーム、病院等に入所(入院)している

施設名又は病院名(所在地) 老人保健施設 介護療養型施設 有料老人ホーム 病院 その他
 施設名 所在地

入所又は入院期間 年 月 日 ~

自宅で暮らしている

- 訪問介護 (月に 回程度) []
- 訪問入浴介護 (月に 回程度) []
- 訪問看護 (月に 回程度) []
- 訪問リハビリテーション (月に 回程度) []
- 居宅療養管理指導 (月に 回程度) []
- 通所介護 (月に 回程度) []
- 通所リハビリテーション (月に 回程度) []
- 短期入所生活介護 (月に 回程度) []
- 短期入所療養介護 (月に 回程度) []
- 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 (月に 回程度) []
- 夜間対応型訪問介護 (月に 回程度) []
- 認知症対応型通所介護 (月に 回程度) []
- 小規模多機能型居宅介護 (月に 回程度) []
- 看護小規模多機能型居宅介護 (月に 回程度) []
- 福祉用具の貸与・購入費支給 (上記[]内は事業者名を記入)
- 住宅改修費の支給
- その他の生活支援 ()

身体状況

食事摂取	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助 (嚥下状態) <input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 悪い (食事の種類) (主食) <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 半粥 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー (副食) <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 超刻み <input type="checkbox"/> ミキサー
排泄	排尿 日中 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 誘導(トイレ・ポータブル) <input type="checkbox"/> パット使用 <input type="checkbox"/> オムツ (尿意) <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> なし 夜間 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 誘導(トイレ・ポータブル) <input type="checkbox"/> パット使用 <input type="checkbox"/> オムツ 排便 日中 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 誘導(トイレ・ポータブル) <input type="checkbox"/> パット使用 <input type="checkbox"/> オムツ (便意) <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> なし 夜間 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 誘導(トイレ・ポータブル) <input type="checkbox"/> パット使用 <input type="checkbox"/> オムツ (下剤) <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 普通浴槽 <input type="checkbox"/> チェア-浴(中間浴) <input type="checkbox"/> 特殊浴槽 <input type="checkbox"/> その他()
更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助
歩行	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> つかまり歩き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子(<input type="checkbox"/> 自操 <input type="checkbox"/> 介助)
ベッド上動作	(座位) <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 可能 (寝返り) <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> つかまれば可能 <input type="checkbox"/> 不可
視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 人の動きがわかる程度 <input type="checkbox"/> まったく見えない
聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 人の動きがわかる程度 <input type="checkbox"/> まったく聞こえない
言語	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聞き取りにくい <input type="checkbox"/> 聞き取れない <input type="checkbox"/> まったく話せない
補足すべき身体状況	

認知・精神の症状

認知症

-
- 軽度
-
- 中度
-
- 重度

服薬管理

-
- 可能
-
- 不可

-
- 何らかの痴呆は有するが、日常生活はほぼ自立している
-
-
- 日常生活に支障があるような症状がみられるが、誰かが注意していれば自立できる
-
-
- 日常生活に支障がみられるような症状がみられ、介護を必要とする
-
-
- 常に目を離すことができず、全面的な介護を必要とする
-
-
- 精神病院等で専門医療を必要とする

痴呆や精神障害がある場合は、その状況や頻度等を具体的に記載してください。

医療的処置（該当するものをすべて選んでください。）

-
- カテーテル
-
- ストマ（人工肛門）
-
- 経管栄養（鼻腔・胃ろう）
-
- 酸素療法
-
- インシュリン注射
-
-
- 疼痛看護
-
- その他（ ）

（現在治療中の病気）

病名	入院・通院病院	期間
内服薬	※内服薬は、お薬手帳の写し（コピー等）でも構いません	
感染症	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り 病名：	

入所を希望する理由 ※該当するものを全て選んで下さい。介護者の
状況

-
- 身寄りがない若しくは、家族等がいても疎遠である等、介護する者がいない
-
-
- 介護する者が、距離が離れている・入院している等の状況にあり介護が出来ない
-
-
- 介護する者が、要介護状態・病気療養中・障害を有する等の状況にあり、十分な介護が困難
-
-
- 介護する者が、要支援状態・高齢等の状況にあり、十分な介護が困難
-
-
- 介護する者が、複数の介護や育児を行っている状態にあり、十分な介護が困難
-
-
- 介護する者が、就労している状況にあり、十分な介護が困難
-
-
- 介護する者の身体的・精神的負担が大きい

その他

-
- 車椅子を使用しているが、住居の廊下等の構造が適していない
-
-
- 住居の便所・浴室・階段等の形態がや構造が適していない為、十分な介護が困難
-
-
- 介護老人保健施設・介護療養型医療施設・病院等から退所（退院）を求められているが、自宅での介護が困難
-
-
- 当該施設を退所して長期入院した後、退院する事になったが在宅での介護が困難
-
-
- その他（具体的に記載して下さい： ）

入所を希望する時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい
	<input type="checkbox"/> 半年以内には入所したい
	<input type="checkbox"/> 一年以内には入所したい
	<input type="checkbox"/> 将来的に必要なになった時に入所したい

他施設への 申し込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込んでいる
	<input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込んでいる (他の施設名) _____ _____

本入所申込み書に記載した項目にない事項で、特に優先的な入所を考慮する必要がある場合は、ご記入下さい

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

留意事項	入所希望者の要介護度や家族等の介護者の状況など、本入所申込書に記載した事項等が変わった場合、あるいは他の特別養護老人ホーム等に入所した場合は必ず当施設にご連絡ください。また、念のため、この用紙をコピーすることをおすすめします。
-------------	---

同意確認欄	<input type="checkbox"/> 入所申込みに関する情報について、市町村又は県から状況把握の為、提示を求められた場合には、施設がこれを定時する事について同意します。
	<input type="checkbox"/> 入所要件の判定や入所の必要性の高さを判断する為、必要がある場合には、入所申込みに関する情報を施設が市町村に提示して意見を求め、報告を行う事について同意します。
	<input type="checkbox"/> 申込みから二年を経過し、施設からの連絡に対して応答がなく施設が入所希望者の状況を把握する事が出来ない場合には、本申込みを無効とする事について同意します。
	利用者氏名 _____ (印)
	申込者氏名 _____ (印)

説明確認欄	私は、入所申し込みの際し、入所申し込みから入所契約までの手続き及び入所順位の決定方法について、施設から説明を受けました。
	_____年 _____月 _____日 _____氏名 _____ (本人との続柄 _____)

