

特別養護老人ホーム 旭川のなか園 / 旭川のなかの里 入居申込書

申込者(連絡先) 今後、郵送物などはこの連絡先にお送りさせていただきます。

申込日	//
受付日	//

〒	—
住所	
氏名	続柄
電話	()

特別養護老人ホーム 旭川のなか園/旭川のなかの里
に入居したいので次のとおり申し込みます。

入居希望者の状況	(フリガナ)		性別	保 険 者		
	氏 名			被保険者番号		
				要介護度		
	生年月日	年 月 日 () 歳	要介護認定期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで		
	現住所	〒 —				
	現 況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人で暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 特養などの施設や病院に入っている 「施設や病院等に入っている方」は記入してください ◇施設名又は病院名: _____ ◇病院の場合(一般病棟・療養型) ◇入所又は入院時期: 平成 年 月 から入所・入院している				
		介護者等の状況	<input type="checkbox"/> 家族構成 <input type="checkbox"/> ア. イ・ウ以外の世帯 <input type="checkbox"/> イ. 高齢者夫婦世帯 <input type="checkbox"/> ウ. 独居 <input type="checkbox"/> 介護者の有無 <input type="checkbox"/> ア. 主たる介護者以外に必要時に協力者有り <input type="checkbox"/> イ. 介護者は一人のみ <input type="checkbox"/> ウ. 介護者はいない <input type="checkbox"/> 介護者の年齢 <input type="checkbox"/> ア. 60歳未満 <input type="checkbox"/> イ. 60~74歳 <input type="checkbox"/> ウ. 75歳以上(介護者はいない) <input type="checkbox"/> 介護者の健康 <input type="checkbox"/> ア. 健康である <input type="checkbox"/> イ. 健康に不安を抱えている <input type="checkbox"/> ウ. 介護者自身が要介護者である(介護者はいない) <input type="checkbox"/> 介護可能時間 <input type="checkbox"/> ア. 十分に介護に当たる時間有 <input type="checkbox"/> イ. 一部不在になる時間有 <input type="checkbox"/> ウ. ほとんど時間が取れない(介護者はいない) <input type="checkbox"/> 要介護者との関係 <input type="checkbox"/> ア. 良好 <input type="checkbox"/> イ. 介護は行っているが疲労感が強い <input type="checkbox"/> ウ. 十分な介護が出来ておらず最低限の関わりのみ(介護者はいない)			
	生活・経済状況	待機状況	<input type="checkbox"/> ア. 施設・病院等に入所中で退所の働きかけがない <入所中で退所の働きかけがある=入所可能期間 <input type="checkbox"/> イ. (イ.制限なし <input type="checkbox"/> ウ. 6~12か月 <input type="checkbox"/> エ. 6ヶ月未満) <input type="checkbox"/> オ. 自宅等			
		在宅サービス利用率	<input type="checkbox"/> ア. 施設・病院等に入所(院)中 <input type="checkbox"/> イ. 限度額の40%未満 <input type="checkbox"/> ウ. 限度額の40%~60%未満 <input type="checkbox"/> エ. 限度額の60%~80%未満 <input type="checkbox"/> オ. 限度額の80%以上			
		在宅サービス利用状況	<input type="checkbox"/> ア. 施設・病院等に入所(院)中 <input type="checkbox"/> イ. 十分サービスを利用している <input type="checkbox"/> ウ. ままサービスを利用している <input type="checkbox"/> エ. 一部サービスを抑制している <input type="checkbox"/> オ. ほとんどサービスを抑制している			
		保険料の段階	<input type="checkbox"/> ア. 第5段階以上 <input type="checkbox"/> イ. 第4段階 <input type="checkbox"/> ウ. 第3段階 <input type="checkbox"/> エ. 第2段階 <input type="checkbox"/> オ. 第1段階			
		住 居	<input type="checkbox"/> ア. 施設・病院等に入所(院)中 <input type="checkbox"/> イ. 快適な生活のできる住宅 <input type="checkbox"/> ウ. 一部居住性に問題がある <input type="checkbox"/> エ. かなり居住性に問題がある <input type="checkbox"/> オ. 帰る住まいがない			
	入居希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入居したい <input type="checkbox"/> // 頃までに入居したい				
	医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> その他 () 【現在治療中の病気・特記事項等】				
	生活歴	・出生 ・学歴 ・職歴 ・結婚歴 ・子供 ・その他				
申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込み <input type="checkbox"/> 他の施設申し込んでいる、又は今後申し込む予定 ◇ 既に申し込んでいる他の施設名 () () ◇ 今後申し込む予定の他の施設名 () ()					

主たる介護者	(フリガナ)		性別	本人との関係	
	氏 名			生 年 月 日	年 月 日
	同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している (住所: _____)			
	意 見	【介護をしている上で困っていること等】			
紹介事業所 (又は支援センター名)		電話番号			担当

介護老人福祉施設 入所申込書（2）

（現在の状態について出来るだけ正確に記入してください）

行動について、当てはまる番号に1つだけ□にチェックをつけて下さい。

ア. 物を盗られたなどと被害的になることが	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
イ. 作話をし周囲に言いふらす事が	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
ウ. 実際にはないものが見えたり、聞こえる事が	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
エ. 泣いたり、笑ったりして感情が不安定になる事が	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
オ. 夜間不眠あるいは昼夜の逆転が	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
カ. 暴言や暴行が	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
キ. しつこく同じ話をしたり、不快な音を立てる事が	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
ク. 大声を出すことが	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
ケ. 助言や介護に抵抗することが	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
コ. 目的もなく動き回ることが	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
サ. 「家に帰る」等と言い落ち着きがない事が	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
シ. 外出すると病院、家などに一人で戻れなくなる事が	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
ス. 一人で外に出たがり目が離せないことが	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
セ. 色々な物を集めたり、無断で持って行く事が	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
ソ. 火の始末や火元の管理が出来ない事が (入院中など火の始末や火元の管理が必要ない場合は「ない」として下さい)	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
タ. 物や衣類を壊したり、破いたりすることが	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
チ. 不潔な行為を行う事が	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
ツ. 食べられない物を口にすることが	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
テ. 迷惑している性的行動が	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
ト. ひどい物忘れが	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある

選択肢の判断基準

<p>「1. ない」 その問題となる行動が、(過去に一回以上あったとしても)過去一ヶ月間に一度も現れたことがない場合やほとんど月一回以上の頻度では現れない場合をいいます。意識障害、寝たきり、認知症等の理由により、徘徊等が起こりえないなど、その問題となる行動が現れる可能性が殆んど無い場合も含みます。</p>
<p>「2. ときどきある」 少なくとも一ヶ月間に一回以上の頻度で現れる場合をいいます。二つ以上の状況を例示している選択肢について、いずれかが、ときどきある場合も含みます。</p>
<p>「3. ある」 少なくとも一週間に一回以上の頻度で現れる場合をいいます。二つ以上の状況を例示している選択肢について、いずれか一つでもある場合も含みます。</p>