

やすらぎの園入所申込書 (ユニット型個室)

やすらぎの園所長殿

申込者
(連絡先) 氏名 _____ 印 (続柄 _____)

住所 _____

☎ () _____

貴施設に入所したいので、関係書類を添えて下記の通り申し込みます。

フリガナ 入所希望者氏名	_____	男・女	生年 月日	M T S 年 月 日 (歳)
住 所	〒 長野市 _____ ☎ () _____			
保険者(市町村)	_____	被保険者番号	_____	_____
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 <input type="checkbox"/> 申請中 認定有効期間: _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日			
在宅での日常生活困難な事由 (要介護1又は2の者は必ずチェックし、詳細は裏面※項目に記入すること。)	<input type="checkbox"/> 認知症である者であって、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられる。 <input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられる。 <input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待等が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難である。 <input type="checkbox"/> 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できず、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。			
担当の居宅介護支援事業所	事業所の名称 _____ ☎ () _____	担当者 _____		
現在の居所	<input type="checkbox"/> 自宅で生活している <input type="checkbox"/> 自宅以外の親族の家で生活している <input type="checkbox"/> 施設(病院)へ入所(入院)中 (名称: _____) _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~			
身体状況	身長	_____ cm	体重	_____ kg
	移動	<input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	意思疎通	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 時々できる <input type="checkbox"/> できない
	食事	<input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	用具	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他(_____)
	入浴	<input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	入浴場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他(_____)
	排泄	<input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	排泄用具	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> おむつ
	着脱	<input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		<input type="checkbox"/> 尿カテーテル <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> その他(_____)
精神状況	認知症の有無	<input type="checkbox"/> 有り(→下記特徴行動を記入) <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 不明		
	認知症の特徴行動	<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> 感情が不安定 <input type="checkbox"/> 夜間不眠 <input type="checkbox"/> 暴言・暴行 <input type="checkbox"/> ひどい物忘れ <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> その他(_____)		
特記事項	介護上苦勞している点等: _____			
既往歴	_____			
現在受けている治療状況	<input type="checkbox"/> インシュリン <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> その他 (_____) <input type="checkbox"/> 【現在治療中の病名: _____】			
過去の入所・入院歴	_____ 年 _____ 月 ~ _____ 年 _____ 月	名称: _____	_____ 年 _____ 月 ~ _____ 年 _____ 月	名称: _____
	_____ 年 _____ 月 ~ _____ 年 _____ 月	名称: _____	_____ 年 _____ 月 ~ _____ 年 _____ 月	名称: _____