

特別養護老人ホームコスモス苑入居申込書

申し込み日：平成 年 月 日

特別養護老人ホームコスモス苑に入居したいので下記の通り申し込みします。

申込み者 ⇒ 今後郵送物や電話連絡が出来る方をお書き下さい。

※ □の欄はチェック(✓)を入れて下さい。

申込み者氏名		続柄		連絡先電話番号		
住所		〒		自宅	— —	
				携帯	— —	
				その他	— —	
主 介 護 者 状 況	主たる介護者氏名		性別	☐ 男 ☐ 女	本人との関係	
	生 年 月 日	☐ 明治 ☐ 大正 ☐ 昭和 年 月 日	同居区分	☐ 同居している ☐ 同居していない (住所：)		
	その他介護者	☐ 居る ☐ 居ない	その他特記			
入 居 希 望 者 ・ 介 護 者 等 の 状 況	フリガナ		性別	生 年 月 日		
	入居希望者氏名		☐ 男 ☐ 女	☐ 明治・ ☐ 大正・ ☐ 昭和 年 月 日 (歳)		
	住 所	〒				
	保 険 情 報	介護保険番号		要介護度	認定有効期間	介護保険負担限度額認定証の有無
					平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日	☐ 有る ☐ 無い
		年 間 所 得 額		介護保険料の段階区分		身体障害者手帳受給の有無
		年金：約 円 その他所得：約 円		☐ 第5段階 ☐ 第4段階 ☐ 第3段階 ☐ 第2段階 ☐ 第1段階		☐ 有る ☐ 無い
	現 況	☐ 自宅で一人で暮らしている ☐ 自宅で家族と暮らしている ☐ 施設・病院等に入居(院)している 『施設・病院に入居(院)中』の方は記入して下さい。 施設名又は病院名： 所在地(市町村名)： 入居(院)期間：平成 年 月 日から入居(院)中している。				
	介 護 者 な ど の 状 況	家族構成	☐ 高齢者夫婦世帯(18歳未満の子との世帯含む) ☐ 独居世帯 ☐ 左記以外の世帯			
		介護者の有無	☐ 主たる介護者以外に必要時協力有り ☐ 介護者は1人のみ ☐ 介護者無し			
介護者の年齢		☐ 60歳未満 ☐ 60～74歳 ☐ 75歳以上(介護者はいない含む)				
介護者の健康		☐ 健康 ☐ 健康に不安を抱えている ☐ 介護者自身が要介護者(介護者はいない含む)				
要介護者との関係		☐ 良好 ☐ 介護は行っているが疲労感が強い ☐ 最低限の関わりのみ(介護者はいない含む)				
生 活 の 状 況	介護可能時間	☐ 十分に介護にあたる時間がある ☐ 一部不在になる時間がある ☐ 殆ど介護にあたる時間がない				
	待機の状況	☐ 施設・病院等に入居(院)中で退居(院)の働きがけはない。 ☐ 施設・病院等に入居(院)中で退居(院)の働きがけがある。 (□制限は無い □6～12ヶ月以内 □6ヶ月未満)に退居(院)の相談をされている。				
	在宅サービス利用状況	☐ 施設・病院等に入居(院)中 ☐ 十分サービスを活用している ☐ まあまあ活用してる ☐ 一部サービスを抑制している ☐ ほとんどサービスを利用していない				
	在宅サービス利用率	☐ 施設・病院等に入居(院)中 ☐ 限度額の40%未満 ☐ 限度額の40%～60%未満 ☐ 限度額の60%～80%未満 ☐ 限度額の80%以上				
	住 居	☐ 施設・病院等に入居(院)中 ☐ 快適な住まいができる住宅 ☐ 一部居住性に問題がある ☐ かなり居住性に問題がある ☐ 帰る住まいがない				
生活歴	出生地⇒ 配偶者⇒ ☐ 有り ☐ 死別 ☐ 離別 ☐ その他 最終学歴⇒ 主な職歴⇒ 子供⇒ ☐ 有(男子 人 女子 人) ☐ 無 ☐ その他					

入 居 希 望 者 の 状 況	医療行為の状況	【現在病名・治療中の内容と特記事項】 【過去に入院や手術などの経緯があればご記入下さい】 □経管栄養 □胃ろう □在宅酸素 □インスリン注射 □吸引 □その他特別な医療行為 : □有り □無し かかりつけ医療機関名 ⇒ 受診頻度 ⇒ □ ヶ月に1回程度 / □週に1回程度 / □その他			
	心身の状況	歩行状況	食事状況	排泄状況	入浴状況
	☐ 独歩 ☐ 杖 ☐ 歩行器 ☐ 車椅子(□自走□介助) ☐ リクライニング車椅子 ☐ 座位保持困難 ☐ 移乗(□自力□一部介助□全介助) ☐ その他：	☐ 常食 ☐ キザミ食(大・中・小) ☐ 流動食 ☐ トロミ食 ☐ その他特別な食事内容() ☐ 自力で摂取可能 ☐ 介助が必要 ☐ 食事摂取制限 □有□無 ☐ 制限内容⇒	☐ トイレにて自立 ☐ トイレにて介助 ☐ Pトイレ使用 ☐ 紙パンツ使用 ☐ パット使用 ☐ オムツ使用 ☐ 尿意便意 有・無 ☐ 夜間排泄 回数 ☐ その他：	☐ 一般浴 ☐ リフト浴 ☐ 機械浴 ☐ 入浴は困難 ☐ ベット上で清拭のみ ☐ その他：	
	言語	聴力	視力	その他	
	☐ 問題なし ☐ やや支障あり ☐ 困 難 ☐ 補助具使用 ☐ その他：	☐ 問題なし ☐ やや難聴 ☐ 難聴 ☐ 補聴器使用(□右□左) ☐ その他：	☐ 問題なし ☐ 弱 視 ☐ 全 盲 ☐ その他：	身長 c m 体重 k g 起床・就寝 起床時間： 時頃 就寝時間： 時頃 ☐ 良眠 ☐ 不眠傾向 ☐ 夜間に 回位起きる。	
	認知について ☐ 認知症無し ☐ 認知症有り / ☐ 軽度 ☐ 中度 ☐ 重度 ・ 行動障害 : ☐ 有り ☐ 無し <u>症 状(ご家族様や関係者様が見た頻度や判断でご記入お願い致します。)</u> ☐ 物取られ ☐ 帰宅願望 ☐ 暴言 ☐ 暴力 ☐ 奇声 ☐ 介護拒否 ☐ 徘徊 ☐ 幻覚 ☐ 幻聴 ☐ 妄想 ☐ 感情不安定 ☐ 被害的 ☐ 不定愁訴 ☐ 依存症 ☐ 収集行為 ☐ 異食行為 ☐ 不潔行為 ☐ 落着きが無い ☐ 不眠 ☐ 昼夜逆転 ☐ 自傷行為 ☐ その他：				
	他施設への申込み状況	☐ 当苑のみ申込み ☐ 他の施設に申込み済み又は今後申し込む予定 ※既に申込みをされている施設名 ()			
	入所希望時期	☐ 今すぐにでも入居希望 ☐ 入居が近くなってから検討したい。 ☐ 今は申込みだけしておきたい ☐ その他 ()			
	紹介者又は担当者名	居宅介護支援事業所名： 介護支援専門員氏名： 連絡先電話番号： 施設・病院に入居(院)の方は担当者の方をご記入下さい 担当者名： 連絡先電話番号：			
	入居申込み理由必ず記入して下さい。				