

地域密着型特別養護老人ホームコスモス苑さとづか入居申込書

申し込み日：令和〇〇年〇〇月〇〇日
特別養護老人ホームコスモス苑さとづか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。

記載例 ※ 〇の欄はチェック(✓)を入れて下さい。

申込み者氏名		彩世太郎		続柄	長男	連絡先電話番号		
住所		〒〇〇〇〇—〇〇〇〇 札幌市〇〇区〇〇〇条〇〇丁目〇〇—〇〇				自宅 〇 1 1—〇〇〇—〇〇〇〇 携帯 〇 9 0—〇〇〇〇—〇〇〇〇 その他 〇〇〇—〇〇〇〇—〇〇〇〇		
主介護者状況	主たる介護者氏名	彩世花子			性別	☐ 男 ☒ 女	本人との関係	長女
	生年月日	☐ 明治 ☐ 大正 ☒ 昭和 〇〇年〇〇月〇〇日		同居区分	☐ 同居している ☒ 同居していない(住所:札幌市〇〇区)			
	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	サイセイゴロウ			性別	生年月日		
	入居希望者氏名	彩世五郎			☒ 男 ☐ 女	☐ 明治・ ☒ 大正・ ☐ 昭和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 (〇〇歳)		
	住所	〒〇〇〇〇—〇〇〇〇 札幌市〇〇区〇〇〇条〇〇丁目〇〇—〇〇 電話 〇 1 1 (〇〇〇) 〇〇〇〇						
	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	
		例) 5 5 0 0 0 0 0 0 0 0 ※介護保険被保険者証をご確認し記載して下さい		(例) 4	令和〇〇年〇〇月〇〇日 ～ 令和〇〇年〇〇月〇〇日		☐ 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 〇〇〇万円 その他所得:約 〇〇〇円		☐ 第5段階以上 ☐ 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: 〇〇〇病院又は老人保健施設〇〇〇など 所在地(市町村名): 札幌市〇〇区 入居(院)期間: 令和〇〇年〇〇月〇〇日から入居(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⇒〇〇県〇〇市 配偶者⇒ ☒ 有り ☐ 死別 ☐ 離別 ☐ その他 最終学歴⇒〇〇学校 主な職歴⇒自営・公務員・会社員など 子供⇒ ☒ 有(男子〇人 女子〇人) ☐ 無							

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】 例) 高血圧・脳梗塞後遺症・糖尿病・変形性膝関節痛・認知症・・・など ※現在の通院治療・入院治療の内容を記載して下さい。 【過去に入院や手術などの経緯があればご記入下さい】 例) 〇〇年～盲腸手術 〇〇年～脳梗塞 〇〇年～右膝人工関節手術 〇〇年～右白内障手術など ☐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 ⇒ 〇〇病院 (内科)・〇〇病院 (精神科)・〇〇病院 (整形外科)・・・など 受診頻度 ⇒ ☐ 〇ヶ月に1回程度 / ☒ 2週に1回程度 / ☐ その他 ※複数の受診で受診頻度が異なる場合は1番多い受診頻度を記入して下さい			
	居望者の状況	歩行状況 ☐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 : 例) 自宅内は手引きや、手すりなどにつかまって歩けるが屋外や広い場所などは車椅子を使用している。	食事状況 ☐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⇒ 例) 塩分〇g 加糖〇〇〇〇* ☐その他	排泄状況 ☐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 〇回位 ☐その他 : 例) 便秘傾向で下剤や浣腸を使用している	入浴状況 ☒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 : 例) デイサービスで週2回入浴している。 例) 自宅でヘルパーの介助で入浴している。
他施設への申込み状況	言語 ☐問題なし ☒やや支障あり ☐困難 ☐補助具使用 ☐その他 : 例) 〇〇〇の後遺症で言葉が出にくく、聴き取り難い。	聴力 ☐問題なし ☒やや難聴 ☐難聴 ☐補聴器使用 (☐右 ☐左) ☐その他 :	視力 ☐問題なし ☒弱視 ☐全盲 ☐その他 :	その他 身長 〇〇〇cm 体重 〇〇kg 起床・就寝 起床時間 : 6時頃 就寝時間 : 21時頃 ☐良眠 ☒不眠傾向 ☐夜間に3回位起きる。	
	入所希望時期 ☒今すぐにも入居希望 ☐令和〇〇年〇〇月までに入居したい。 ☐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 ()	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 (特別養護老人ホーム〇〇〇〇荘)			
紹介者又は担当者名	居宅介護支援事業所名 : 〇〇〇〇事業所 介護支援専門員氏名 : 〇 〇 〇 〇 連絡先電話番号 : 011-000-0000 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 : 〇 〇 〇 〇 連絡先電話番号 : 011-000-0000				
入居申込み理由必ず記入して下さい。	※入居希望理由を出来る限り詳しくご記入下さい。 				

※記入につきましては出来るだけ詳しく記入して頂けますようお願い致します。