

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

※ 口の欄はチェック(✓)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	011-〇〇〇-〇〇〇〇		
主介護者氏名	彩世花子		性別	<input type="checkbox"/> 男	本人との関係	
生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 〇〇年〇〇月〇〇日		同居区分	<input type="checkbox"/> 同居している <input checked="" type="checkbox"/> 同居していない(住所:札幌市〇〇区)		
その他介護者	<input type="checkbox"/> 居る <input checked="" type="checkbox"/> 居ない		その他特記			
入居希望者氏名	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	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 明治・ <input checked="" type="checkbox"/> 大正・ <input type="checkbox"/> 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 011 (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) 5500000000 ※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	<input type="checkbox"/> 有る <input checked="" type="checkbox"/> 無い	
現況	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	<input type="checkbox"/> 第5段階以上 <input type="checkbox"/> 第4段階 <input type="checkbox"/> 第3段階 <input checked="" type="checkbox"/> 第2段階 <input type="checkbox"/> 第1段階		<input checked="" type="checkbox"/> 有る <input type="checkbox"/> 無い		
	<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 checked="" type="checkbox"/> 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。					
	家族構成	<input type="checkbox"/> 高齢者夫婦世帯(18歳未満の子との世帯含む) <input type="checkbox"/> 独居世帯 <input checked="" type="checkbox"/> 左記以外の世帯				
	介護者の有無	<input type="checkbox"/> 主たる介護者以外に必要時協力有り <input checked="" type="checkbox"/> 介護者は1人のみ <input type="checkbox"/> 介護者無し				
介護者の年齢	<input type="checkbox"/> 60歳未満 <input checked="" type="checkbox"/> 60~74歳 <input type="checkbox"/> 75歳以上(介護者はいない含む)					
介護者の健康	<input type="checkbox"/> 健康 <input checked="" type="checkbox"/> 健康に不安を抱えている <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 良好 <input checked="" type="checkbox"/> 介護は行っているが疲労感が強い <input type="checkbox"/> 最低限の関わりのみ(介護者はいない含む)					
介護可能時間	<input type="checkbox"/> 十分に介護にあたる時間がある <input checked="" type="checkbox"/> 一部不在になる時間がある <input type="checkbox"/> 殆ど介護にあたる時間がない					
生活の状況	待機の状況	<input type="checkbox"/> 施設・病院等に入居(院)中で退居(院)の働きがけはない。 <input checked="" type="checkbox"/> 施設・病院等に入居(院)中で退居(院)の働きがけがある。 (<input type="checkbox"/> 制限は無い <input type="checkbox"/> 6~12ヶ月以内 <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 施設・病院等に入居(院)中 <input type="checkbox"/> 十分サービスを活用している <input type="checkbox"/> まあまあ活用してる <input type="checkbox"/> 一部サービスを抑制している <input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 施設・病院等に入居(院)中 <input type="checkbox"/> 限度額の40%未満 <input type="checkbox"/> 限度額の40%~60%未満 <input type="checkbox"/> 限度額の60%~80%未満 <input type="checkbox"/> 限度額の80%以上				
	住居	<input checked="" type="checkbox"/> 施設・病院等に入居(院)中 <input type="checkbox"/> 快適な住まいができる住宅 <input type="checkbox"/> 一部居住性に問題がある <input type="checkbox"/> かなり居住性に問題がある <input type="checkbox"/> 帰る住まいがない				
	生活歴	出生地⇒〇〇県〇〇市 配偶者⇒ <input checked="" type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 離別 <input type="checkbox"/> 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⇒ <input checked="" type="checkbox"/> 有(男子〇人 女子〇人) <input type="checkbox"/> 無				

入	<p>【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～右膝人口関節手術 〇〇年～右白内障手術など</p> <p><input type="checkbox"/>経管栄養 <input type="checkbox"/>胃ろう <input type="checkbox"/>在宅酸素 <input type="checkbox"/>インスリン注射 <input type="checkbox"/>吸引 <input type="checkbox"/>その他特別な医療行為 : <input type="checkbox"/>有り <input checked="" type="checkbox"/>無し</p> <p>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 ⇒ <input type="checkbox"/> 〇ヶ月に1回程度 / <input checked="" type="checkbox"/> 2週に1回程度 / <input type="checkbox"/> 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</p>															
	<table border="1"> <tr> <th>歩行状況</th> <th>食事状況</th> <th>排泄状況</th> <th>入浴状況</th> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/>独歩 <input checked="" type="checkbox"/>杖 <input type="checkbox"/>歩行器 <input checked="" type="checkbox"/>車椅子 (<input checked="" type="checkbox"/>自走<input type="checkbox"/>介助) <input type="checkbox"/>リクライニング車椅子 <input type="checkbox"/>座位保持困難 <input type="checkbox"/>移乗(<input type="checkbox"/>自力<input type="checkbox"/>一部介助<input type="checkbox"/>全介助) <input type="checkbox"/>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。 </td> <td> <input type="checkbox"/>常食 <input checked="" type="checkbox"/>キザミ食 (大・<input checked="" type="checkbox"/>中・小) <input type="checkbox"/>流動食 <input type="checkbox"/>トロミ食 <input type="checkbox"/>その他特別な食事内容 () <input type="checkbox"/>自力で摂取可能 <input checked="" type="checkbox"/>介助が必要 <input type="checkbox"/>食事摂取制限 <input checked="" type="checkbox"/>有<input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>制限内容⇒ 例) 塩分〇g カリ-〇〇〇〇kcal </td> <td> <input type="checkbox"/>トイレにて自立 <input checked="" type="checkbox"/>トイレにて介助 <input type="checkbox"/>Pトイレ使用 <input checked="" type="checkbox"/>紙パンツ使用 <input checked="" type="checkbox"/>パット使用 <input type="checkbox"/>オムツ使用 <input type="checkbox"/>尿意便意 <input checked="" type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>夜間排泄 〇回位 <input type="checkbox"/>その他: 例) 便秘傾向で下剤や浣腸を使用している </td> <td> <input checked="" type="checkbox"/>一般浴 <input type="checkbox"/>リフト浴 <input type="checkbox"/>機械浴 <input type="checkbox"/>入浴は困難 <input type="checkbox"/>ベット上で清拭のみ <input type="checkbox"/>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。 </td> </tr> <tr> <th>言語</th> <th>聴力</th> <th>視力</th> <th>その他</th> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/>問題なし <input checked="" type="checkbox"/>やや支障あり <input type="checkbox"/>困難 <input type="checkbox"/>補助具使用 <input type="checkbox"/>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。 </td> <td> <input type="checkbox"/>問題なし <input checked="" type="checkbox"/>やや難聴 <input type="checkbox"/>難聴 <input type="checkbox"/>補聴器使用 (<input type="checkbox"/>右<input type="checkbox"/>左) <input type="checkbox"/>その他: </td> <td> <input type="checkbox"/>問題なし <input checked="" type="checkbox"/>弱視 <input type="checkbox"/>全盲 <input type="checkbox"/>その他: </td> <td> 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 <input type="checkbox"/>良眠 <input checked="" type="checkbox"/>不眠傾向 <input type="checkbox"/>夜間に3回位起きる。 </td> </tr> </table>	歩行状況	食事状況	排泄状況	入浴状況	<input type="checkbox"/> 独歩 <input checked="" type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input checked="" type="checkbox"/> 車椅子 (<input checked="" type="checkbox"/> 自走 <input type="checkbox"/> 介助) <input type="checkbox"/> リクライニング車椅子 <input type="checkbox"/> 座位保持困難 <input type="checkbox"/> 移乗(<input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助) <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> 常食 <input checked="" type="checkbox"/> キザミ食 (大・ <input checked="" type="checkbox"/> 中・小) <input type="checkbox"/> 流動食 <input type="checkbox"/> トロミ食 <input type="checkbox"/> その他特別な食事内容 () <input type="checkbox"/> 自力で摂取可能 <input checked="" type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 食事摂取制限 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 制限内容⇒ 例) 塩分〇g カリ-〇〇〇〇kcal	<input type="checkbox"/> トイレにて自立 <input checked="" type="checkbox"/> トイレにて介助 <input type="checkbox"/> Pトイレ使用 <input checked="" type="checkbox"/> 紙パンツ使用 <input checked="" type="checkbox"/> パット使用 <input type="checkbox"/> オムツ使用 <input type="checkbox"/> 尿意便意 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 夜間排泄 〇回位 <input type="checkbox"/> その他: 例) 便秘傾向で下剤や浣腸を使用している	<input checked="" type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> リフト浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> 入浴は困難 <input type="checkbox"/> ベット上で清拭のみ <input type="checkbox"/> 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。	言語	聴力	視力	その他	<input type="checkbox"/> 問題なし <input checked="" type="checkbox"/> やや支障あり <input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> 補助具使用 <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> 問題なし <input checked="" type="checkbox"/> やや難聴 <input type="checkbox"/> 難聴 <input type="checkbox"/> 補聴器使用 (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> その他:	<input type="checkbox"/> 問題なし <input checked="" type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 全盲 <input type="checkbox"/> その他:
歩行状況	食事状況	排泄状況	入浴状況													
<input type="checkbox"/> 独歩 <input checked="" type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input checked="" type="checkbox"/> 車椅子 (<input checked="" type="checkbox"/> 自走 <input type="checkbox"/> 介助) <input type="checkbox"/> リクライニング車椅子 <input type="checkbox"/> 座位保持困難 <input type="checkbox"/> 移乗(<input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助) <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> 常食 <input checked="" type="checkbox"/> キザミ食 (大・ <input checked="" type="checkbox"/> 中・小) <input type="checkbox"/> 流動食 <input type="checkbox"/> トロミ食 <input type="checkbox"/> その他特別な食事内容 () <input type="checkbox"/> 自力で摂取可能 <input checked="" type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 食事摂取制限 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 制限内容⇒ 例) 塩分〇g カリ-〇〇〇〇kcal	<input type="checkbox"/> トイレにて自立 <input checked="" type="checkbox"/> トイレにて介助 <input type="checkbox"/> Pトイレ使用 <input checked="" type="checkbox"/> 紙パンツ使用 <input checked="" type="checkbox"/> パット使用 <input type="checkbox"/> オムツ使用 <input type="checkbox"/> 尿意便意 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 夜間排泄 〇回位 <input type="checkbox"/> その他: 例) 便秘傾向で下剤や浣腸を使用している	<input checked="" type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> リフト浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> 入浴は困難 <input type="checkbox"/> ベット上で清拭のみ <input type="checkbox"/> 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。													
言語	聴力	視力	その他													
<input type="checkbox"/> 問題なし <input checked="" type="checkbox"/> やや支障あり <input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> 補助具使用 <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> 問題なし <input checked="" type="checkbox"/> やや難聴 <input type="checkbox"/> 難聴 <input type="checkbox"/> 補聴器使用 (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> その他:	<input type="checkbox"/> 問題なし <input checked="" type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 全盲 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 良眠 <input checked="" type="checkbox"/> 不眠傾向 <input type="checkbox"/> 夜間に3回位起きる。													
他施設への申込み状況	<input type="checkbox"/> 当苑のみ申込み <input checked="" type="checkbox"/> 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)															
入所希望時期	<input checked="" type="checkbox"/> 今すぐにも入居希望 <input type="checkbox"/> 令和〇〇年〇〇月までに入居したい。 <input type="checkbox"/> 入居が近くなってから検討したい。 <input type="checkbox"/> 今は申込みだけしておきたい。 <input type="checkbox"/> その他 ()															
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きますようお願い致します。