

# 特別養護老人ホーム こもればの里 入居申し込み書

※ご記入の前に必ずお読みください。

■ 貴方様からご提供いただいたこの個人情報、当施設の入居判定会議ならびにその資料(待機者一覧表)の作成と担当している居宅介護支援事業所と情報共有することに使用させていただきます。また、北見市が介護保険事業計画の策定等を行う目的で、市内特別養護老人ホームの入所待機者の実人数の把握や待機中の状況を分析するために、北見市に対し作成した資料を情報提供すること以外、第三者や外部へ提供することはいたしません。

申込日	令和 年 月 日	受付担当者
申込者・連絡先	住所	〒 _____
	フリガナ	_____
	氏名	_____ (続柄 _____)
	電話	(自宅) _____ - _____ (携帯電話)

入居希望者の状況	フリガナ	_____					家族構成図			
	氏名	_____ (男・女)								
	生年月日	大正・昭和	年	月	日	(年齢 歳)				
	住所	〒 _____								
	介護保険情報	保険者	<input type="checkbox"/> 北見市 <input type="checkbox"/> その他の市町村( _____ )							
		要介護度	申請中	区分変更中	要介護度	1	2	3	4	5
		負担割合	1割	2割	3割	負担限度額あり( _____ 段階)	なし	社福減免	あり	なし
		事業所名	_____ 担当ケアマネージャー							
	健康保険証	<input type="checkbox"/> 後期高齢者	<input type="checkbox"/> 社保	<input type="checkbox"/> 国保	<input type="checkbox"/> 生活保護	<input type="checkbox"/> 重身・障害				
	年金関係	<input type="checkbox"/> 国民	<input type="checkbox"/> 厚生	<input type="checkbox"/> 障害	<input type="checkbox"/> 遺族	年金額 _____ 年間 _____ 万円				
世帯状況	<input type="checkbox"/> 一人暮らし世帯	<input type="checkbox"/> 高齢者世帯 (本人を含め世帯全員が65歳以上) 夫婦・兄弟等で生活			<input type="checkbox"/> 親族世帯(高齢者以外の家族と同居・世帯分離も含む)					
介護者の状況	<input type="checkbox"/> 介護者がいない	<input type="checkbox"/> 介護者が入院・入所・市外で介護者がいない			<input type="checkbox"/> 介護者はいるが(要介護・要支援・高齢・療養・障がい・他介護)のため介護ができない					
	<input type="checkbox"/> 介護者はいるが、就労・育児等の理由で介護が困難である	<input type="checkbox"/> 介護者がおり、介護可能である								
現況(待機場所)	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 病院( _____ ) <input type="checkbox"/> 養護・ケアハウス・高齢者住宅( _____ ) <input type="checkbox"/> 老健施設・療養・GH( _____ ) <input type="checkbox"/> 特養( _____ )									
現在利用しているサービス	<input type="checkbox"/> 通所介護	( _____ )	(週に _____ 回程度)	(月・火・水・木・金・土・日)						
	<input type="checkbox"/> 訪問介護	( _____ )	(週に _____ 回程度)	(月・火・水・木・金・土・日)						
	<input type="checkbox"/> 訪問看護	( _____ )	(週に _____ 回程度)	(月・火・水・木・金・土・日)						
	<input type="checkbox"/> 短期入所	( _____ )	(週に _____ 回程度)	(月・火・水・木・金・土・日)						
	<input type="checkbox"/> 小規模多機能	( _____ )	(月に通い _____ 回程度・泊まり _____ 回程度)							
入所希望理由	. _____ . _____ . _____ . _____ . _____ . _____ . _____									
入居を希望する時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入居したい <input type="checkbox"/> 半年ぐらい先には入居したい <input type="checkbox"/> 1年ぐらい先には入居したい									
	<input type="checkbox"/> 将来的なことを考えての申し込み		<input type="checkbox"/> 将来的に必要な時に入所したい							
他施設の申し込み状況	<input type="checkbox"/> 当施設のみ申し込んでいる <input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込んでいる ( _____ ) ( _____ ) ( _____ )									

■ 麻痺	<input type="checkbox"/> あり (右上肢・下肢)・(左上肢・下肢)・言語 <input type="checkbox"/> なし		
■ 寝返り・起位	【寝返り】	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 柵の使用 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	【起き上がり】	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 柵の使用 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
■ 移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
■ 移動状況	<input type="checkbox"/> できる (杖・歩行器・手引き・見守り・安定・不安定) <input type="checkbox"/> できない		
	<input type="checkbox"/> 転倒 (よくある・たまにある・ない)		
	<input type="checkbox"/> 車椅子 (操作できる・できない・一部介助 <input type="checkbox"/> リクライニング型)		
■ 食事状況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経管栄養(胃瘻・鼻腔)		
	【主食】	<input type="checkbox"/> ご飯 <input type="checkbox"/> おかゆ <input type="checkbox"/> ミキサー	
	【副食】	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> カット食 <input type="checkbox"/> ソフト食 <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> ゼリー食	
	【水分】	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> とろみ使用	
	【飲み込み】	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> むせる	
	【義歯】	<input type="checkbox"/> 自歯 <input type="checkbox"/> 部分義歯(上・下) <input type="checkbox"/> 総義歯(上・下) <input type="checkbox"/> なし	
■ 排泄状況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 誘導(定時・随時) <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	【方法】	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> パッド(リハパン) <input type="checkbox"/> オムツ	
	【尿意】	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> なし	
	【便意】	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> なし	
■ 入浴状況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	【種類】	<input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 車椅子浴 <input type="checkbox"/> 寝台浴	
■ 整容関係	【更衣】	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	【洗面】	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	【口腔関連】	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
■ 視力・聴力	【視力】	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 眼鏡使用 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 判断不能	
	【聴力】	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軽度難聴 <input type="checkbox"/> 難聴 <input type="checkbox"/> 補聴器使用(右・左)	
■ 性格	<input type="checkbox"/> 朗らか <input type="checkbox"/> わがまま <input type="checkbox"/> 気にしやすい <input type="checkbox"/> 頑固 <input type="checkbox"/> 無口		
	<input type="checkbox"/> 親しみやすい <input type="checkbox"/> 几帳面 <input type="checkbox"/> とけ込めない <input type="checkbox"/> 短気		
■ 認知力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや問題あり <input type="checkbox"/> 問題あり		
■ 認知症による 周辺症状の状況 精神障害	<input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> 幻覚・幻聴 <input type="checkbox"/> 暴言・暴行 <input type="checkbox"/> 作話 <input type="checkbox"/> 介護抵抗		
	<input type="checkbox"/> 昼夜逆転・不眠 <input type="checkbox"/> 収集癖 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 火の扱い <input type="checkbox"/> 不潔行為		
	<input type="checkbox"/> 帰宅願望 <input type="checkbox"/> 徘徊・離施設 <input type="checkbox"/> その他		
■ 医療的処置	<input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ(人工肛門) <input type="checkbox"/> 経管栄養(胃瘻・鼻腔)		
	<input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インスリン( 回)(朝・昼・夕) <input type="checkbox"/> 人工透析(月火水木金土)		
(現在治療中の病気)	病名	入院・通院病院	期間
	①		年 月 日～ 月 日
	②		年 月 日～ 月 日
	③		年 月 日～ 月 日
	④		年 月 日～ 月 日
	⑤		年 月 日～ 月 日
過去の入院歴・治療歴	①		年 月～ 年 月
	②		年 月～ 年 月
	③		年 月～ 年 月
	④		年 月～ 年 月

(メ モ)	
-------	--

お願い	<p>①介護保険証が更新されたとき、介護度が変更になった時は介護保険証の再提出をお願いします。</p> <p>②住所や体調の変化などがあった時は、必ずご連絡をお願いします。</p> <p>上記に対してご連絡をいただけない場合は、入所申し込み書の取り消しとさせていただきます。</p>
-----	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

説明確認欄	<p>私は、入居優先度を判定するにあたって、この申込書に記載した個人情報(特別養護老人ホームこもれびの里(せせらぎ・みわ・緑ヶ丘)及び北見市に提供すること。また円滑な入居の為、必要に応じ居宅介護支援事業所、居宅サービス事業所、介護保険施設、医療機関または高齢福祉の関係者より、入居申込者または家族に関する情報提供を受けることに同意いたします。</p> <p>令和 年 月 日 本人との関係</p> <p>氏名 ( )</p>
-------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------