

特別養護老人ホーム ビアンカ 入所申込書

受付日 令和 年 月 日 受付担当職員 _____

入居希望者状況

| | | | | | | |
|---|--|-------|----|------|---|----|
| フリガナ | | 明・大・昭 | 年 | 月 | 日 | 男女 |
| 氏名 | | (満 | 歳) | | | |
| 住所 | 〒 _____ 市 _____ 区 _____ 丁目 _____ 番 _____ 号 _____ 電話 _____ | | | | | |
| 今現在 | <input type="checkbox"/> 自宅 (独居 ・ 同居) <input type="checkbox"/> 病院 (病院名 _____) <input type="text" value="入院日"/> 年 月 ~ <input type="text" value="退院予定"/> 年 月 <input type="checkbox"/> 老人保健施設(施設名 _____) <input type="text" value="入所日"/> 年 月 ~ <input type="text" value="退所予定"/> 年 月 <input type="checkbox"/> グループホーム・有料・その他 (施設名 _____) | | | | | |
| 入居希望の理由 | <input type="checkbox"/> 介護する者がいない (遠方を含む) 為 <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」、「障害」、「失病」等により十分な介護が困難な為 <input type="checkbox"/> 介護者が就労していることから十分な介護が困難な為 <input type="checkbox"/> 介護者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護が困難な為 <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難な為 <input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所を求められているが、自宅での介護が困難な為 | | | | | |
| 申込状況 | <input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込む <input type="checkbox"/> 他の施設申し込んでいる、又は申し込む予定 ・既に申し込んでいる他施設名 (_____) ・今後申し込む予定の他施設名 (_____) | | | | | |
| ケアマネ | (事業所名) | | | 担当者名 | | |
| ※入所の際のご希望をご記入ください | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 西館のみを希望 (全室個室、 料金設定 高め) <input type="checkbox"/> 東館のみを希望 (2人部屋 料金設定 低め) <input type="checkbox"/> どちらでも良い | | | | | | |

ご連絡先 (①申込者 ・ ②身元引受人)

| | | | |
|------|---------|------|---------|
| ①住所 | 〒 _____ | ②住所 | 〒 _____ |
| フリガナ | | フリガナ | |
| 氏名 | | 氏名 | |
| 自宅電話 | | 自宅電話 | |
| 携帯電話 | | 携帯電話 | |
| 続柄 | | 続柄 | |
| 勤め先 | | 勤め先 | |

介護保険・年金状況

| | |
|-----------------------------|---|
| 該当する介護度に○をつけてください。 | |
| 介護度 1 | ・ 介護度 2 ・ 介護度 3 ・ 介護度 4 ・ 介護度 5 ・ 区分変更中 |
| 被保険者番号 | |
| 該当する収入の状況に○をつけ、総額を記入してください。 | |
| 国民年金 | ・ 厚生年金 ・ 恩給 ・ その他年金 () |
| 一年間の年間総額を記入してください () 万円位 | |
| 負担限度額申請の 有 無についてご記入ください。 | |
| 有 | 無 |

身体・健康状態

| | | |
|---|--|-------------------------------|
| 身体 状 況 | 歩行状態について○をつけてください | |
| | 独歩 ・ 杖歩行 ・ 手引き ・ シルバーカー ・ 歩行器 ・ 車いす (普・リクラ) | |
| | 食事状態について○をつけてください | |
| | 自己摂取 ・ 見守り ・ 一部介助 「介助器具の有 無」 ・ 全介助 | |
| | 食事の形態について○をつけてください | |
| | ☆主食 (普通 ・ 軟飯 ・ おかゆ) | ☆副食 (普通 ・ 刻み ・ 細刻み) |
| | ☆ミキサー食 | ☆胃ろう (品名) ☆栄養補助剤 (品名) |
| | 嚥下状態について○をつけてください | むせ無し・ むせ有 <u>とろみ</u> (使用 不使用) |
| | 歯の状況についてご記入ください | |
| | 義歯 上 : (有・無) 「部分・総義歯」 下 : (有・無) 「部分・総義歯」 | |
| | 残歯 上 : (有・無) (本) 下 : (有・無) (本) | |
| | 排泄の状況について○を付けて下さい 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 | |
| | 日中 自己パンツ | リハビリパンツ オムツ |
| | 夜間 自己パンツ | リハビリパンツ (ポータブルの有 無) オムツ |
| | 尿・便意 ☆尿意 (有・無) 「失禁 (有・無)」 ☆便意 (有・無) 「失禁 (有・無)」 | |
| | 日中のご様子は | 椅子で過ごす (静か・多動) 車椅子上で過ごす 全日ベッド |
| | 夜間のご様子は | 良眠 トイレに起きる程度 多動 |
| | 視力に関して○を付けて下さい | 聴力に関して○を付けてください |
| | 問題なし・薄ら・影のみ・見えない | 問題なし・大きな声なら・まったく聞こえない |
| | 意思疎通について○を付けて下さい | 言語に関して○を付けてください |
| 問題なし ・ 時々不可 ・ 不可 | 普通 ・ やや不明瞭 ・ 不明瞭 | |
| 麻痺の有無について○を付けて下さい 有 ・ 無 | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> 半身 (右 ・ 左) 上肢 (右 ・ 左) 下肢 (右 ・ 左) | | |
| 健康 状 態 | 既往歴についてご記入ください | |
| | 現在の治療中・通院中の病についてご記入下さい | |

申込みの待機状況は市町村に報告いたしますので、ご了承ください。