

のぞみ荘入所申込書

のぞみ荘に入所したいので次のとおり申し込みます

申込日	令和 年 月 日
受付番号	

※記入欄へのご記入と当てはまる所にチェック☑をお願いします。

入所希望者	ふりがな											性別	男・女		
	氏名											生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日生		
	住所	(〒 -)										電話	()- -		
	介護	要介護度	要支援・要介護(1・2・3・4・5)・申請中										認定 期間	~ 年 月 年 月	
	保険	介護保険 被保険者番号													
本人 居所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(単身)					<input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> その他() ・入院・入所先名称 () ・入院・入所期間 (年 月 ~) ・退院・退院予定日 (年 月頃)									

申込者・家族	ふりがな											続柄		
	氏名											連絡先	① ()- - ② ()- -	
	住所	(〒 -)												

介護者の状況	状況	<input type="checkbox"/> 働いている <input type="checkbox"/> 働いてない(<input type="checkbox"/> 介護疲れ <input type="checkbox"/> 健康不安) <input type="checkbox"/> 介護者はいるが困難な状態、事情がある										家族構成		
	他の 協力者	<input type="checkbox"/> 協力者はいる <input type="checkbox"/> 協力者はいない (理由:)												

申込状況	<input type="checkbox"/> 当施設(のぞみ荘)のみ申し込み <input type="checkbox"/> 他の施設も申し込みしている(申し込む)					居室	居室名				
							担当	ケアマネジャー()			
入所の希望	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 将来的な事を考えて					部屋の希望	<input type="checkbox"/> 従来型多床室 <input type="checkbox"/> 従来型個室 <input type="checkbox"/> 地域密着型個室(市外の方は不可) <input type="checkbox"/> 特に希望はなし(どの部屋でも可)				

のぞみ荘 入所申込書(2)

入所希望者の状況	移動	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 老人車 <input type="checkbox"/> 車いす(操作:可・不可)
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
		・主食: <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> ミキサー ・副食: <input type="checkbox"/> 常菜 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> キザミ <input type="checkbox"/> ミキサー(トロミ剤:使用)
	排泄	<input type="checkbox"/> 布パンツ <input type="checkbox"/> おしめ(夜のみ) <input type="checkbox"/> 紙パンツ
		<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ(夜のみ) <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル
	視力	<input type="checkbox"/> 見える <input type="checkbox"/> 見えにくい(眼鏡:使用) <input type="checkbox"/> 見えない(右・左)
	聴力	<input type="checkbox"/> 聞こえる <input type="checkbox"/> 聞こえにくい(補聴器:使用) <input type="checkbox"/> 聞こえない(右・左)
医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> その他()	
病歴 既往歴		

※当てはまる所にチェック☑をしてください

	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
入所希望者の行動	① 被害的になる(物を盗られた等)		⑪ 目的もなく歩き回る
	② 作り話をする		⑫ 「家に帰る」等、落ち着かない
	③ 実際にはない物が見えたり、聞こえる		⑬ 外出すると一人で戻れなくなる
	④ 泣いたり、笑ったり感情が不安定になる		⑭ 一人で外に出たり目が離せない
	⑤ 夜間不眠や昼夜逆転がある		⑮ 色々な物を集めたり、無断で持ってくる
	⑥ 暴言・暴力がある		⑯ 火の始末や火元の管理ができない
	⑦ 同じ話を繰り返す		⑰ 物を壊したり、衣服を破いたりする
	⑧ 大声を出す		⑱ 不潔行為がある
	⑨ 介護に抵抗する		⑲ 食べれない物を口に入れる
	⑩ 性的な問題行動がある		⑳ ひどい物忘れがある

参考事項	<p>入所希望にあたって、特別な理由・緊急的な事由がありましたら記入をお願いします。</p> <p>また、その他どのような事でも構いません。(例)本人が家で一人になる為、介護ができない状態。など</p>
------	---

職員記入欄	受付日	令和 年 月 日	受付職員	