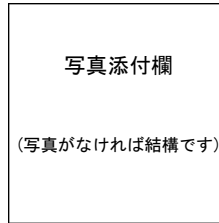


和寒町特別養護老人ホーム芳生苑 入所申込書

申込者（連絡先） 今後、郵送物などはこの連絡先にお送りさせていただきます。

Table with 2 columns: 申込日, 受付日, 変更日



Form for contact information: 〒, 住所, 氏名, 電話

特別養護老人ホームに入所したいので 次のとおり申し込みます。

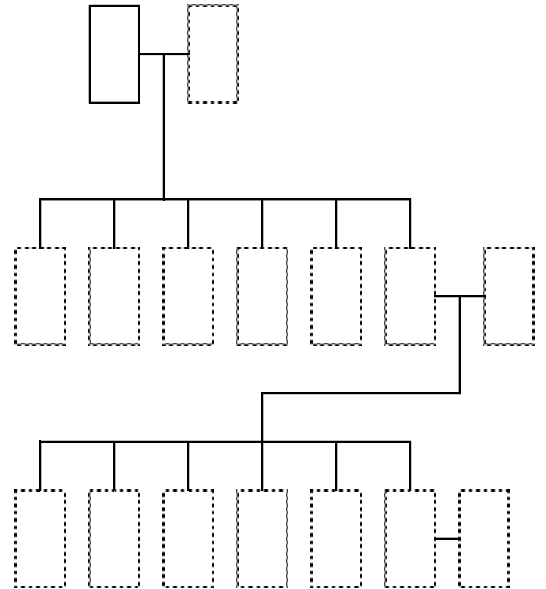
Main application form with sections: 申し込み先, 氏名, 生年月日, 現住所, 現況, 介護者等の状況, 経済生活, 入居希望時期, 医療の状況, 特例入所の要件に該当するやむを得ない事由, 生活歴, 入所後の利用料の支払い, 申込状況, 主たる介護者, 紹介事業所

※添付書類 要介護認定調査書の写し 介護保険被保険者証の写し ※お問い合わせ 和寒町特別養護老人ホーム芳生苑 016532-3164

- ※特例入所の要件
①認知症である者であって、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られること。
②知的障がい・精神障がい等を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られること。
③家族等による深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全・安心確保が困難であること。
④単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である等により家族等による支援が期待できず、かつ、地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分であること。

同居親族の状況

同居親族	氏名	続柄	年齢	職業	備考



その他の親族(三親等内)

氏名	続柄	年齢	職業	住所	TEL	緊急時連絡順
						1
						2
						3

家族の町外外出時の連絡先、もしくは携帯電話番号

連絡者又は場所		緊急連絡時電話番号	
---------	--	-----------	--

在宅介護サービスの利用状況

サービスの種類	頻度	サービス内容	備考

周辺の地図



※送迎の際に、必要となります。目印になる建物などを中心にお願いいたします

項目	動作・内容	特記事項	課題分析
食事・水分	主食 <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> ペースト		
	副食 <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 荒刻み <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ソフト <input type="checkbox"/> ペースト		
	麺類 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> お椀 <input type="checkbox"/> 刻み長さ (          cm)		
	パン類 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> あり (          )		
	嗜好品 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (          )		
	アレルギー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (          )		
	禁食 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (          )		
	使用物品 <input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/>		
	入れ歯 <input type="checkbox"/> 部分(上) <input type="checkbox"/> 部分(下) <input type="checkbox"/> 総義歯 <input type="checkbox"/> 無(自歯) <input type="checkbox"/> 安定剤		
	摂取状況 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経管 <input type="checkbox"/> 胃ろう		
	水分 <input type="checkbox"/> ボカリ <input type="checkbox"/> お茶 <input type="checkbox"/> 水ゼリー <input type="checkbox"/> こっかんゼリー <input type="checkbox"/> 冷水 <input type="checkbox"/> その他 (          )		
	トロミ剤 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要 (          )		
	むせ込み <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (          )		
	排泄		
使用物品 <input type="checkbox"/> 布パツ <input type="checkbox"/> 紙オムツ <input type="checkbox"/> 紙パンツ <input type="checkbox"/> パッド <input type="checkbox"/> 2way <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> ストーマ			
状況 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
尿意 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> あいまい			
便意 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> あいまい			
排便頻度                      日に1回			
下剤 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> フル 1錠 <input type="checkbox"/> 70 g <input type="checkbox"/> 水滴			
基本動作	麻痺 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 完全麻痺 <input type="checkbox"/> 不全麻痺 <input type="checkbox"/> 筋力低下 <input type="checkbox"/> その他		
	拘縮 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> その他		
	起き上がり <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	立ち上がり <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	移動 <input type="checkbox"/> アームウォーカー <input type="checkbox"/> U字 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> スイング <input type="checkbox"/> リクライニング <input type="checkbox"/> その他		
	移乗 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	移動状況 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 誘導 <input type="checkbox"/> 付き添い <input type="checkbox"/> 全介助		
入浴	種類 <input type="checkbox"/> 個浴 <input type="checkbox"/> リフト浴 <input type="checkbox"/> 機械浴		
	洗身 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	洗髪 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	浴槽の出入り <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
清潔・更衣	洗顔 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	口腔清潔 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	爪切り <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	上衣着脱 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	スボン・パンツの着脱 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
IADL	調理 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	掃除 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	洗濯 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	買い物 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		

項目	動作・内容	特記事項	課題分析	
医療面	服薬	<input type="checkbox"/> 無 · <input type="checkbox"/> 有		
	服薬状況	<input type="checkbox"/> 自立 · <input type="checkbox"/> 見守り · <input type="checkbox"/> 一部介助 · <input type="checkbox"/> 全介助		
	貼り薬	<input type="checkbox"/> 無 · <input type="checkbox"/> 自立 · <input type="checkbox"/> 見守り · <input type="checkbox"/> 一部介助 · <input type="checkbox"/> 全介助		
	塗り薬	<input type="checkbox"/> 無 · <input type="checkbox"/> 自立 · <input type="checkbox"/> 見守り · <input type="checkbox"/> 一部介助 · <input type="checkbox"/> 全介助		
	目薬	<input type="checkbox"/> 無 · <input type="checkbox"/> 自立 · <input type="checkbox"/> 見守り · <input type="checkbox"/> 一部介助 · <input type="checkbox"/> 全介助		
	吸入	<input type="checkbox"/> 無 · <input type="checkbox"/> 自立 · <input type="checkbox"/> 見守り · <input type="checkbox"/> 一部介助 · <input type="checkbox"/> 全介助		
	在宅酸素	安静時 (                      ) 動作時 (                      )		
	使用状況	<input type="checkbox"/> 自立 · <input type="checkbox"/> 見守り · <input type="checkbox"/> 一部介助 · <input type="checkbox"/> 全介助		
	インリ注射	(朝                      単位) (昼                      単位) (夕                      単位)		
	皮膚の状態	<input type="checkbox"/> 正常 · <input type="checkbox"/> 現症あり · <input type="checkbox"/> 皮膚科通院中 <input type="checkbox"/> NS処置		
コミュニケーション	視力	<input type="checkbox"/> 正常 · <input type="checkbox"/> 弱視 · <input type="checkbox"/> 全盲		
	眼鏡	<input type="checkbox"/> 無 · <input type="checkbox"/> 有 (使用時～ 老眼鏡 )		
	聴力	<input type="checkbox"/> 正常 · <input type="checkbox"/> 少し遠い · <input type="checkbox"/> 難聴 · <input type="checkbox"/> 聞こえない		
	補聴器	<input type="checkbox"/> 右耳 · <input type="checkbox"/> 左耳 · <input type="checkbox"/> 両耳 · <input type="checkbox"/> 無		
	会話	<input type="checkbox"/> 話せない · <input type="checkbox"/> 話せる		
	理解	<input type="checkbox"/> できない · <input type="checkbox"/> できる		
	他者との交流			
	性格			
	宗教			
	趣味	<input type="checkbox"/> ない · <input type="checkbox"/> ある		
飲酒	<input type="checkbox"/> 飲めない · <input type="checkbox"/> 飲める			
精神行動障害	被害妄想	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> ある		
	作話	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> ある		
	幻視幻聴	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> ある		
	感情が不安定	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> ある		
	昼夜逆転	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> ある		
	暴言暴行	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> ある		
	同じ話をする	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> ある		
	大声を出す	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> ある		
	介護に抵抗	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> ある		
	常時の徘徊	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> ある		
	落ち着きなし	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> ある		
	外出して戻れない	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> ある		
	一人で出たがる	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> ある		
	収集癖	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> ある		
	火の不始末	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> ある		
	物や衣類を壊す	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> ある		
	不潔行為	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> ある		
異食行動	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> ある			
ひどい物忘れ	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> ある			
介護力				
他サービス				
族本人の要望				