

【利用希望者の心身の状態・日常生活動作】 ※あてはまる箇所に✓を付けて下さい

日常生活動作		心身の状態	
移動	歩行 <input type="checkbox"/> できる・ <input type="checkbox"/> 手伝えばできる・ <input type="checkbox"/> できない	視力	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 弱 視( <input type="checkbox"/> 右・ <input type="checkbox"/> 左)・ <input type="checkbox"/> 全 盲
	用具 <input type="checkbox"/> 独 歩・ <input type="checkbox"/> 杖・ <input type="checkbox"/> 歩行器・ <input type="checkbox"/> 車椅子・ <input type="checkbox"/> ストレッチャー	聴力	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> やや難聴( <input type="checkbox"/> 右・ <input type="checkbox"/> 左)・ <input type="checkbox"/> 難 聴
食事	摂取 <input type="checkbox"/> 1人で食べる・ <input type="checkbox"/> 手伝えば食べる・ <input type="checkbox"/> 全て手伝う	麻痺	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有( <input type="checkbox"/> 右片麻痺・ <input type="checkbox"/> 左片麻痺・ <input type="checkbox"/> その他( ))
	注意 <input type="checkbox"/> 制 限 がある・ <input type="checkbox"/> アレルギーがある・ <input type="checkbox"/> むせ込みがある	認知症	<input type="checkbox"/> 徘徊・ <input type="checkbox"/> 同じことを言う・ <input type="checkbox"/> 夜間眠れない ・ <input type="checkbox"/> 興奮することがある
排泄	動作 <input type="checkbox"/> できる・ <input type="checkbox"/> 手伝えばできる・ <input type="checkbox"/> 全て手伝う		<input type="checkbox"/> 時間・場所を勘違いする・ <input type="checkbox"/> 物忘れが多い ・ <input type="checkbox"/> 怒鳴る・暴力をふるう
	場所 <input type="checkbox"/> ト イ レ・ <input type="checkbox"/> ポータブル・ <input type="checkbox"/> 尿 器・ <input type="checkbox"/> 紙パンツ・ <input type="checkbox"/> フォーレ		<input type="checkbox"/> 実在しないものが見える・ <input type="checkbox"/> うつ症状がある ・ <input type="checkbox"/> 思い込みが激しい
入浴	動作 <input type="checkbox"/> できる・ <input type="checkbox"/> 手伝えばできる・ <input type="checkbox"/> 全て手伝う・ <input type="checkbox"/> 入っていない		<input type="checkbox"/> 食品以外を口に含む・ <input type="checkbox"/> 不安が強い ・ <input type="checkbox"/> 火の不始末がある
	形態 <input type="checkbox"/> 普通浴・ <input type="checkbox"/> チェア浴・ <input type="checkbox"/> 寝台浴・ <input type="checkbox"/> シャワー浴・ <input type="checkbox"/> 清 拭	<input type="checkbox"/> トイレ以外で排泄する・ <input type="checkbox"/> 介護拒否がある ・ <input type="checkbox"/> 帰宅願望がある	

【家族構成(同一生計者・住民票上の同居人)と主たる介護者連絡先等】 ※あてはまる箇所に○印や✓印を付けて下さい(複数選択しても構いません)

利用希望者の 家族構成	<input type="checkbox"/> 親 ・ <input type="checkbox"/> 配偶者 ・ <input type="checkbox"/> 子 ・ <input type="checkbox"/> 孫 ・ <input type="checkbox"/> ひ孫 ・ <input type="checkbox"/> その他( ) 合計: 人 / <input type="checkbox"/> 独居(1人暮らし)
----------------	--

主たる介護者	ふりがな氏名	性別	男・女	同居の有無	<input type="checkbox"/> 同居・ <input type="checkbox"/> 別居・ <input type="checkbox"/> その他( )
	電話番号	年齢	歳	職業	(勤務先)
	同居以外の 介護協力者	続柄	※利用希望者との関係	職業	(電話番号)
	※複数選択して頂いても構いません。 <input type="checkbox"/> 子 ・ <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 ・ <input type="checkbox"/> 親戚 ・ <input type="checkbox"/> 親族ではないが援助者あり ・ <input type="checkbox"/> 親族や援助者なし ・ <input type="checkbox"/> 遠方のため援助は厳しい				

【担当されている介護支援専門員】

ふりがな氏名	事業所名
--------	------

以下、申込先によって記載が異なりますのでご注意ください。また、必ず記載および捺印をお願い致します。

(※下記2項目に関しましては新潟県に於ける特別養護老人ホーム入所指針および判断基準・基準適用で推進されていることですので必ず記入をお願い致します)

【特列入所の要件・理由(※特別養護老人ホームに申し込まれる方のみ、要介護1から要介護2の方が記入して下さい。要介護3以上の方は未記入で構いません)】

入所申込者が居宅において日常生活を営むことが困難なやむを得ない事由 ※あてはまる箇所に✓を付けて下さい

認知症であるものであって、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通困難さが頻繁にみられる。

知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられる。

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・安心の確保が困難である。

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、かつ地域でのサービスや生活支援の供給が不十分である。

※上記要件の具体的な理由

.....

.....

【説明確認および情報収集に係る同意(※介護老人保健施設および特別養護老人ホームへ申し込まれる方は、氏名記入および捺印をして下さい)】

私は貴施設への入所申込に際し、入所申込から入所契約までの手続き及び入所順位の決定について説明を受けました。なお、貴施設が入所順位決定のための必要な範囲において、私(利用希望者及びその家族)に関する情報を市町村・担当居宅支援事業所・他の介護保険施設及び医療機関から収集することに同意します。

私は貴施設への入居・入院申し込みに際し、社会福祉法人ゆうしん、医療法人有心会の間で私(入居希望者およびその家族)に関する情報を共有することに同意します。

平成 年 月 日 利用希望者本人 ないは 申込者氏名

【留意事項】

※本利用申込書に記載した事項に変更(特に介護度など)があった場合あるいは他の介護福祉施設や特別養護老人ホーム等に入所した場合は利用に関する判定基準が変わりますので、必ず申込先施設(利用申込書を提出された施設)にご連絡を下さいますようお願い致します。

※認知症の問題行動や医療管理については、対応できない施設がありますので事前に施設に確認をしてください。

※施設概要・設備・料金等につきましては事前に施設に確認をお願い致します。申し込みをされました時点で了解を得られたものと判断させていただきます。

※本申込書は入所希望者の状態等を把握するものです。入所決定にあたりましては入所の必要性和施設側受け入れ態勢を検討の上で決定されます。