

入所希望者の状況	身体の状況	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助 食事の種類 (主食) <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> 半粥 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他() (副食) <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他()
		排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助 オムツの使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜のみ <input type="checkbox"/> 一日中 <input type="checkbox"/> その他()
		入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助
		更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助
		移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助 歩行の状況 <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> つかまり歩き <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 車いす使用 <input type="checkbox"/> その他()
		視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 見えない(右 ・ 左) <input type="checkbox"/> その他()
		聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 聞こえない(右 ・ 左) <input type="checkbox"/> その他()
		言語	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聞き取りにくい <input type="checkbox"/> 聞き取れない <input type="checkbox"/> その他()
		補足すべき身体の状態について、具体的に記載してください。	
		認知症・精神上的の症状	<input type="checkbox"/> 何らかの認知症はあるが、日常生活はほぼ自立している <input type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状は見られるが、誰かが注意していれば自立できる <input type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状が見られ、介護を必要とする <input type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状がしばしば見られ、常に介護を必要とする <input type="checkbox"/> 著しい精神症状や問題行動が見られ、専門医療を必要とする 自傷行為、せん妄、徘徊、奇声、摂食異常、不潔行為、攻撃的行為等の行動、あるいは精神障害がある場合は、その状況や頻度等を具体的に記載してください。

入所を希望する時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 半年ぐらい先には入所したい <input type="checkbox"/> 一年ぐらい先には入所したい <input type="checkbox"/> 将来的に必要なになったときに入所したい
他施設の申込状況	<input type="checkbox"/> シーサイド湯河原に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 (他の施設名) _____

担当ケアマネジャー	氏名		連絡先	()
	事業所名			

備考	その他、介護をする上での問題や、家族、住居の状況などで知らせておきたいことがありましたら、ご記入ください。
----	---

説明確認欄	私は、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方法について、施設から説明を受けました。
	_____年 ____月 ____日 氏名 _____ 印 (続 柄)

この入所申込に関する情報については、県又は市町村から状況把握のために提示を求められることに同意します。

利用者氏名 ㊟

申込者氏名 ㊟

おねがい

入所希望者の要介護度や介護者の状況など、本入所申込書に記載した事項が変わった場合、また他の介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）などに入所した場合は、必ず当施設に連絡をしてください。