

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(むせる・むせない) <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 (おむつの使用) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜のみ <input type="checkbox"/> 一日中 <input type="checkbox"/> その他() (排泄の拒絶) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
		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"/> 車イス使用 <input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> その他()	
		視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 人の動きが分かる程度 <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"/> 大声が聞き取れる <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況について、具体的に記載して下さい。		
		認知症・ 精神の症状	<input type="checkbox"/> 何らかの認知症を有するが、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が見られるが、誰かが注意していれば自立出来る <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頻繁に見られ、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、攻撃的行動等の行動、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下さい。				

入所希望者の状況	医療的処置	<input type="checkbox"/> 尿管カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ(人工肛門) <input type="checkbox"/> 経管栄養(鼻腔・胃ろう) <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 疼痛看護 <input type="checkbox"/> その他()																																
	※該当するものを全て選んで下さい	(現在治療中の病気) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">病名</th> <th style="width: 30%;">入院・通院病院名</th> <th style="width: 40%;">期間</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td style="text-align: center;">年 月～</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td style="text-align: center;">年 月～</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td style="text-align: center;">年 月～</td> </tr> <tr> <td>内服薬</td> <td colspan="2"> </td> </tr> <tr> <td>感染症</td> <td colspan="2"> </td> </tr> </tbody> </table> (既往歴) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">病名</th> <th style="width: 30%;">入院・通院病院名</th> <th style="width: 40%;">期間</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td style="text-align: center;">年 月～ 年 月</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td style="text-align: center;">年 月～ 年 月</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td style="text-align: center;">年 月～ 年 月</td> </tr> </tbody> </table>				病名	入院・通院病院名	期間			年 月～			年 月～			年 月～	内服薬			感染症			病名	入院・通院病院名	期間			年 月～ 年 月			年 月～ 年 月		
病名	入院・通院病院名	期間																																
		年 月～																																
		年 月～																																
		年 月～																																
内服薬																																		
感染症																																		
病名	入院・通院病院名	期間																																
		年 月～ 年 月																																
		年 月～ 年 月																																
		年 月～ 年 月																																
入所希望者の意向 (本人申込の場合を除く)	<input type="checkbox"/> 入所希望者が特別養護老人ホームへの入所を希望している <input type="checkbox"/> 入所希望者は在宅での生活を希望している <input type="checkbox"/> 入所希望者の意向は確認していない又は確認出来ない <input type="checkbox"/> その他()																																	
家族等の状況	入所を希望する理由	<input type="checkbox"/> 身寄りがない若しくは家族等がいても疎遠であるなど介護する者がいない <input type="checkbox"/> 家族等が、距離が離れている・入院しているなどの状況にあり介護が出来ない <input type="checkbox"/> 介護する者が、要介護状態・病気療養中・障害を有するなどの状況にある <input type="checkbox"/> 介護する者が、要支援状態・高齢などの状況にある <input type="checkbox"/> 介護する者が、複数の介護や育児を行っている <input type="checkbox"/> 介護する者が、就労している <input type="checkbox"/> 介護する者の身体的・精神的負担が大きい																																
	※該当するものを全て選んで下さい	<input type="checkbox"/> 車イスを使用しているが、住居の廊下等の構造が適していない <input type="checkbox"/> 住居の便所・浴室・階段等の形態や構造が適していない <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設・介護療養型医療施設・介護医療院・病院等から退所(退院)を求められているが、在宅での介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設を退所して長期入院した後、退院することになったが在宅での介護が困難 <input type="checkbox"/> その他()																																
	主な介護者	(フリガナ) 氏名		性別	男 ・ 女																													
		同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 (住所) (電話)																															
	入所希望者との関係	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他()																																
	他の介護者	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> いない																																

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時に入所したい
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) _____ _____

担当ケアマネージャー	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、知らせておきたい事がありましたら、ご記入下さい。
----	--

同意確認欄	<input type="checkbox"/> 入所申込に関する情報について、市町村又は県から状況把握のために提示を求められた場合には、施設がこれを提示することについて同意をします。 <input type="checkbox"/> 入所用件の判定や入所の必要性の高さを判断するために必要がある場合には、入所申込に関する情報を施設が市町村に提示して意見を求め、報告を行うことについて同意します。 <input type="checkbox"/> 申込みから2年を経過した後、施設からの連絡に対して応答がなく施設が入所希望者の状況を把握することができない場合には、本申込みを無効とすることについて同意します。
	利用者氏名 _____ (印) 申込者氏名 _____ (印)

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 _____
-------	--

【申込に際してのお願い】

- ① 申込書を提出の際には、介護保険証のコピーを添付して下さい。
- ② 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下さい。