

**シーサイド湯河原
短期入所生活介護申込書**

申込日	年 月 日
-----	-------

*受付後5年間保存します。

シーサイド湯河原施設長 殿

(フリガナ) 申込者氏名	印 (続柄)
住 所	〒
連絡先	()

シーサイド湯河原に入所したいので、下記のとおり申し込みます。

入所希望者の状況	フリガナ			性別	男 · 女	
	氏名			連絡先	()	
	現住所	〒				
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)				
	健康保険	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 国保・健保・共済・生保・その他 ()				
	年金等	<input type="checkbox"/> 国民(老齢・遺族・障害) <input type="checkbox"/> 厚生(老齢・遺族・障害) <input type="checkbox"/> 恩給 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 船員 <input type="checkbox"/> 老齢福祉 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> なし				
	障害手帳等	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ⇒判定 () 級 [障害名]				
	介護保険	被保険者番号				[市区町村]
	要介護認定	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 (認定期間) 年 月 日 ~ 年 月 日				
	現在利用しているサービス	<input type="checkbox"/> 自宅で暮らしている <input type="checkbox"/> その他				

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()
	認知症・精神上の症状	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、具体的に記載してください。
		<ul style="list-style-type: none"> <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 <p>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。</p>	

入所希望者の状況	<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・胃） <input type="checkbox"/> 疼痛看護 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> その他（ ） 現在治療中の病気 <table border="1"> <tr><td>病名</td><td>入院・通院病院名</td><td>期間</td></tr> <tr><td></td><td></td><td>年月～</td></tr> <tr><td></td><td></td><td>年月～</td></tr> <tr><td></td><td></td><td>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> </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～																		
内服薬																					
感染症																					
医療的処置																					
* 該当するものをすべて選んでください。																					
既往症																					
<table border="1"> <tr><td>病名</td><td>入院・通院病院名</td><td>期間</td></tr> <tr><td></td><td></td><td>年月～年月</td></tr> <tr><td></td><td></td><td>年月～年月</td></tr> <tr><td></td><td></td><td>年月～年月</td></tr> </table>			病名	入院・通院病院名	期間			年月～年月			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～年月																			
		年月～年月																			

主な介護者	(フリガナ) 氏名		性別	男・女
			年齢	歳
	同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 住所 _____ 連絡先 ()		
	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		

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ことがありましたら、ご記入ください。
----	---

介護支援専門員様

今回の申込に際し、入所希望者様についてお聞きしたいと思います。入所検討委員会の資料とさせていただきますので、入所申込書と併せてご提出ください。

支援専門員氏名		事業所名
入所希望者氏名		

1. 現在利用している居宅サービスを教えてください。【 】内には、事業所名を記入してください。

<input type="checkbox"/> 訪問介護	(月に	回程度) 【	】
<input type="checkbox"/> 訪問入浴介護	(月に	回程度) 【	】
<input type="checkbox"/> 訪問看護	(月に	回程度) 【	】
<input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション	(月に	回程度) 【	】
<input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導	(月に	回程度) 【	】
<input type="checkbox"/> 通所介護	(月に	回程度) 【	】
<input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション	(月に	回程度) 【	】
<input type="checkbox"/> 短期入所生活介護	(月に	回程度) 【	】
<input type="checkbox"/> 短期入所療養介護	(月に	回程度) 【	】
<input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護	(月に	回程度) 【	】
<input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護	(月に	回程度) 【	】
<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護	(月に	回程度) 【	】
<input type="checkbox"/> 福祉用具の貸与・購入費支給			
<input type="checkbox"/> 住宅改修費の支給			
<input type="checkbox"/> その他	[]

2. 入所まで、どのような計画で待機していく予定ですか。

3. その他、入所希望者様や待機状況などで施設に知らせておきたいことがありましたら、ご記入ください。