**入　所　申　込　書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　受付年月日　令和　　年　　月　　日（　　）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | 性 別 | 生年月日　　明治  　　　　　　　大正　　　年　　月　　日  　　　　　　　昭和　　　　（満　　　歳） | | | | | |
| 申込者氏名 |  | | 男・女 |
| 申込者住所 | 〒 | | | 電話番号 | |  | | | |
| 現在の居場所 | |  | | | |
| 介護保険 | 被保険者番号：  保険者：　　　　　　　　　市・町・村 | | | 要介護度：１・２・３・４・５　（○で囲む） | | | | | |
| 負担限度額認定証　□無　□有　（　　段階） | | | | | |
| 認定の有効期限：令和　 年 　月　 日  　　　　　　～　令和　 年 　月　 日 | | | 負担割合 | 割 | | | | |
| 障害手帳等 | 無・有 (障害名　　　　　　級） | | | | |
| 担当居宅支援事業所 | |  | | 担当ケアマネージャー | | | |  | |
|  | | | |  |  | | | | |
| ふりがな |  | | | 電話番号 |  | | | |  |
| 相談者氏名 |  | | | 緊急連絡先 |  | | | |  |
| 携帯番号 |  | | | |  |
| ふりがな |  | | |  |  | | 続 柄 | |  |
| 相談者住所 | 〒 | | |  |  | |  | |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医療に関する  状況 | 現在治療中の病気　病名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　月　～） | | | | |
| 特別な医療的対応　□無　□有　（有の方は下の項目に印をお願いします）  □経管栄養　□胃ろう　□在宅酸素療法　□人工透析　□インシュリン注射  　□バルーンカテーテル　□人工肛門　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 既往歴 | 発症日時 | 病　　名 | 治療状況等（入院・通院） | | 医療機関 |
| 年　月 |  |  | |  |
| 年　月 |  |  | |  |
| 年　月 |  |  | |  |
| 年　月 |  |  | |  |
| かかりつけの医療機関 | |  | | 担当医 |  |

当施設を希望された理由

※裏面もございます

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 介護に  関する状況 | 食事 | □自立　□見守り　□一部介助　□全介助  食物アレルギー　有　・　無　　（好物：　　　　　　苦手：　　　　　　） |
| 排泄  オムツの使用 | □自立　□見守り　□一部介助　□全介助  □なし　□昼夜　□夜のみ |
| 入浴 | □自立　□見守り　□一部介助　□全介助 |
| 歩行 | □自立　□杖使用　□歩行器使用　□車イス使用　□寝たきり |
| 衣服　脱着 | □自立　□見守り　□一部介助　□全介助 |
| 視力 | □異常なし　□やや見えにくい　 □かなり見えにくい 　□全く見えない |
| 聴力 | □異常なし　□やや聞こえにくい □かなり聞こえにくい □全く聞こえない |
| 意思の伝達 | □問題なし　□やや伝えにくい　 □かなり伝えにくい □全く伝えられない |

※家族構成（ご本人にとって、子・その配偶者も含む）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　　　　名 | 続柄 | 年齢 | 職業 | 連絡先 | 居住関係 | 備考 |
|  |  |  |  |  | 同居・非同居 |  |
|  |  |  |  |  | 同居・非同居 |  |
|  |  |  |  |  | 同居・非同居 |  |
|  |  |  |  |  | 同居・非同居 |  |
|  |  |  |  |  | 同居・非同居 |  |
|  |  |  |  |  | 同居・非同居 |  |
|  |  |  |  |  | 同居・非同居 |  |

※主たる介護者の状況

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名： | 年齢：　　　　　続柄：　　　　　　　□同居　　□非同居 |
| 就労状況 | □就労していない　□就労している　（週　　日　　　　時間程度）  勤務先（　　　　　　　　　　　　）　勤務先電話番号（　　　　　　　　）  連絡を取りやすい時間帯（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 他に対応を要する家族の有無  （該当する場合のみチェック） | □育児の必要な家族がいる  □入所希望者以外に介護の必要な家族がいる（要支援・要介護　　　　　　）  □介護の必要な障害を有する家族がいる（障害の種類　　　　　）（　　級） |
| 介護協力者の有無 | □協力してくれる人がいない　　　□親族以外の協力者（近隣者）がいる  □同居以外の親族に協力者がいる　□同居親族に協力者がいる |
| 介護をしていて困っていること、その他特記すべき事項 | |

※その他

・特別養護老人ホームの申込み　□未　□済（施設名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

・緊急時搬送希望病院　 □無　□有（①　　　　　　　②　　　　　　　　③　　　　 　　）

・希望部屋タイプ　　　□個室　　□２人部屋　　□４人部屋

・希望洗濯方法　　　　□自宅洗濯　　□業者洗濯（クリーニング）　※後日変更可能

医療法人　聖樹会　山梨ライフケア・ホーム　TEL：055－279－4711(代)