

介護老人福祉施設 パーデンライフ中川

入居申込書

個室ユニットへの希望の有無
有 無

※ 受付後5年間保存します
 申込日 年 月 日 受付日 年 月 日

申込者・記入者(連絡先)

住所	〒		続柄
(フリガナ)			
氏名	電話番号	(自宅)	(携帯)

介護老人福祉施設 パーデンライフ中川に入所したいので、次のとおり申し込みます。

入所希望者の状況			
(フリガナ) 氏名	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
	住民票住所	市・区・町・村	
現住所	〒		電話番号
生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 (歳)		
後期高齢者保険	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> その他)		番号
年金等	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	種別	<input type="checkbox"/> 老齢基礎年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> その他
障害者手帳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	手帳の種類 (障害名)	
介護保険	被保険者番号	生活保護	<input type="checkbox"/> 非該当
	保険者番号		<input type="checkbox"/> 該当 (担当者名 / 担当行政市町村名)
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		

【要介護1・要介護2の方へ】
 要介護1又は要介護2の方が、特別養護老人ホームへ入所するには、居宅において日常生活を営む事が困難な事について、やむを得ない事由があると認められる事が必要です。①認知症である者であって、日常生活に支障を来す様な症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる、②知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来す様な症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる、③家族等による深刻な虐待が疑われる事等により、心身の安全・安心の確保が困難である、④単身世帯である、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出来ず、かつ、地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分である、と言う事情がある場合には、そうした状況が分かる様に、次ページ以降の各欄に具体的な状況を記載して下さい。

減免証	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	(減免の種類)
担当ケアマネジャー	氏名	連絡先 (電話番号)
	事業所名	

現在利用しているサービス等

介護老人保健施設、介護療養型医療施設、有料老人ホーム、病院等に入所(入院)している
 老人保健施設 介護療養型施設 有料老人ホーム 病院 その他

施設名又は病院名(所在地)	施設名	所在地
入所又は入院期間	年 月 日 ~	

自宅で暮らしている

<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"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	(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"/> 看護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	(上記[]内は事業者名を記入)	
<input type="checkbox"/> 住宅改修費の支給		
<input type="checkbox"/> その他の生活支援 ()		

身体の状況

食事摂取	<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 (嚥下状態) <input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 悪い (食事の種類) (主食) <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 半粥 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー (副食) <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 超刻み <input type="checkbox"/> ミキサー	
排泄	排尿 日中 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 誘導(トイレ・ポータブル) <input type="checkbox"/> パット使用 <input type="checkbox"/> オムツ (尿意) <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> なし 夜間 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 誘導(トイレ・ポータブル) <input type="checkbox"/> パット使用 <input type="checkbox"/> オムツ (尿意) <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> なし 排便 日中 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 誘導(トイレ・ポータブル) <input type="checkbox"/> パット使用 <input type="checkbox"/> オムツ (下剤) <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 夜間 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 誘導(トイレ・ポータブル) <input type="checkbox"/> パット使用 <input type="checkbox"/> オムツ (下剤) <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 普通浴槽 <input type="checkbox"/> チェア-浴(中間浴) <input type="checkbox"/> 特殊浴槽 <input type="checkbox"/> その他()	
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	
歩行	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> つかまり歩き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子(<input type="checkbox"/> 自操 <input type="checkbox"/> 介助)	
ベッド上動作	(座位) <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 可能 (寝返り) <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> つかまれば可能 <input type="checkbox"/> 不可	
視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 人の動きがわかる程度 <input type="checkbox"/> まったく見えない	
聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 人の動きがわかる程度 <input type="checkbox"/> まったく聞こえない	
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"/> まったく話せない	
補足すべき身体状況		

