

特別養護老人ホーム おおまし 入所申込書(1)

申込日 令和 年 月 日

受付日 令和 年 月 日

特別養護老人ホーム おおまし  
施設長様

申込者	住所	〒
	フリガナ氏名	続柄 ( )
	電話番号	自宅: 携帯:

入所希望者の状況

フリガナ氏名		男・女	保険者 被保険者番号	
生年月日	明治 大正 昭和	年 月 日 歳	要介護度 介護認定 期間	要介護 年 月 日 から 年 月 日 まで
住 所	〒			
現在の居場所	1	自宅・自宅以外の家族の家( )で生活		
	2	老人保健施設・病院・有料老人ホーム・(介護付き・住宅型)・グループホーム他・( ) (施設名・病院名 )に (平成・令和) 年 月 日 より (入院・入所)中		
	3	ショートステイ(施設名 )を(短期・長期)利用中		
	4	その他( )		
担当ケアマネジャー	事業所名: 所在地:	氏名: 電話番号:		
入所を希望する理由	1	主たる介護者が不在 ① いない(音信不通を含む) ②長期入院・施設入所等によりいない 具体的な理由( )		
	2	主たる介護者はいるが介護が困難 ① 高齢者( 歳) ②障害(手帳 有・無)障害名( ) ③ 複数人の要介護者( 人):要介護度などの状況( ) ④ 就業( ) ⑤育児( )		
	3	地域の介護サービス等に不足がある ① 夜間の介護サービス ②訪問診療や訪問看護等の医療系サービス ③ 常時の見守り ④家事支援等の安価なサービス活動等 ⑤ その他( )		
①から⑮のうち症状がない場合は空欄、1ヶ月に1回以上に現れる行動に△ 1週間に1回以上現れる行動に○を記載してください。				
<input type="checkbox"/> ①徘徊 <input type="checkbox"/> ②外出して戻れない <input type="checkbox"/> ③被害的 <input type="checkbox"/> ④大声を出す <input type="checkbox"/> ⑤介護に抵抗 <input type="checkbox"/> ⑥収集癖 <input type="checkbox"/> ⑦1人で出たがる <input type="checkbox"/> ⑧物や衣類を壊す <input type="checkbox"/> ⑨昼夜逆転 <input type="checkbox"/> ⑩作話 <input type="checkbox"/> ⑪感情が不安定 <input type="checkbox"/> ⑫同じ話をする <input type="checkbox"/> ⑬落ち着かない <input type="checkbox"/> ⑭ひどい物忘れ <input type="checkbox"/> ⑮独り言・ひとり笑い				