

社会福祉法人栗沢福祉会
特別養護老人ホームいちい荘・新しい荘 入居申込書

申込者(連絡先) 今後郵便物等は、この連絡先に送付させていただきます。

申込日
令和 年 月 日

受付者: _____

住所	〒
氏名	(続柄:)
電話	
携帯電話	

裏面もあります

入居希望者の状況 ※□の欄はチェック(✓)を入れてください。

入居希望者の現況	フリガナ			性別	保険者	岩見沢市・その他→		
	氏名	男・女	被保険者番号(介護保険)		1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5			
			要介護度					
	生年月日	明・大・昭	年 月 日(歳)	有効期限	年 月 日～ 年 月 日			
	住所	〒						
	現況	<input type="checkbox"/> 自宅でひとりで暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 施設や病院に入っている <input type="checkbox"/> その他() ※施設や病院に入っている方は記入して下さい ◇施設名または病院名: () 入所・入院時期: 年 月から入所・入院している 入所・入院期限: <input type="checkbox"/> 特に言われていない <input type="checkbox"/> 期限がある・特養が決まるまで						
	経済状況	◇年金種類: <input type="checkbox"/> 国民 <input type="checkbox"/> 厚生 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 組合 <input type="checkbox"/> 遺族 <input type="checkbox"/> 障害 ◇年金額: 円/2ヵ月 程度 ◇介護保険負担割合: <input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割 ◇生活保護: <input type="checkbox"/> 受給していない <input type="checkbox"/> 受給している						
	入居希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入居したい <input type="checkbox"/> 将来的に入居したい						
	希望施設	<input type="checkbox"/> 新しいいちい荘(ユニット型個室)に入居したい <input type="checkbox"/> いちい荘(多床室)に入居したい <input type="checkbox"/> どちらでもかまわない						
	現在使っているサービス(在宅の方のみ)	<input type="checkbox"/> 訪問介護・看護・入浴・リハビリ <input type="checkbox"/> デイサービス・デイケア <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> その他()						
紹介者又は担当者	◇居宅介護支援事業所: ◇施設・病院に入居(院)の方は担当者の方をご記入下さい 担当者名:				ケアマネジャー氏名: 連絡先電話番号:			
家族構成	配偶者: <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 離別 <input type="checkbox"/> 無し 子ども: <input type="checkbox"/> 有り(男 人、女 人) <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> その他()							
医療の状況	既往歴 現在病	<input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> パーキンソン病 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 白内障 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 難聴 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 狭心症 <input type="checkbox"/> 心不全 <input type="checkbox"/> がん(がん) <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症 <input type="checkbox"/> 関節リウマチ <input type="checkbox"/> 変形性関節症(部位:) <input type="checkbox"/> 褥そう(部位:) その他:						
	医療の状況	<input type="checkbox"/> 尿カテーテル <input type="checkbox"/> 膀胱瘻 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射(1日 回) <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> その他医療行為()						
	かかりつけ医療機関名	病院名: (科)						

心身の状況	移動状況	移動: <input type="checkbox"/> 一人で歩ける <input type="checkbox"/> 誰か付き添えば歩ける <input type="checkbox"/> 杖など補助具使用 <input type="checkbox"/> 車椅子使用 移乗: <input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> お手伝いが必要 特記事項:		
	食事状況	主食: <input type="checkbox"/> ごはん <input type="checkbox"/> お粥 副食: <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 食べやすく刻んでいる <input type="checkbox"/> ミキサー状 摂取: <input type="checkbox"/> 自分で食べられる <input type="checkbox"/> お手伝いが必要 特記事項:		
	排泄状況	状況: <input type="checkbox"/> トイレで一人で行う <input type="checkbox"/> トイレで手伝っている <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ使用 <input type="checkbox"/> ベッド上等で排泄 尿意、便意: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 使用物品: <input type="checkbox"/> 尿取りパット <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> テープ式おむつ 失禁: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 特記事項:		
	入浴等状況	入浴: <input type="checkbox"/> 自宅で入浴 <input type="checkbox"/> デイサービス、施設等で入浴 着がえ: <input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> お手伝いが必要 特記事項:		
	その他	言語: <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや支障あり <input type="checkbox"/> 困難 聴力: <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難聴 <input type="checkbox"/> 難聴 <input type="checkbox"/> 補聴器使用 視力: <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 全盲 特記事項:		

介護者の状況	※ここでいう介護者とは、同居・別居関わらず本人の身体介護他、家事や身の回りの世話、通院援助等をしている方を指します。 ご本人が施設や病院に入院している場合は、衣類の洗濯や必要物品の購入、手続き、緊急時等の対応をされている方でお考え下さい。			
	同居者	<input type="checkbox"/> 独居(ひとり暮らし) <input type="checkbox"/> 高齢者夫婦 <input type="checkbox"/> 息子や娘等と同居		
	介護者の有無	<input type="checkbox"/> 主な介護者以外に協力者がいる <input type="checkbox"/> 介護者は一人だけ <input type="checkbox"/> 身寄りがいない		
	主な介護者	◇氏名 (続柄) 年齢 歳 ◇就労状況: <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> パートタイム <input type="checkbox"/> フルタイム・自営業 ◇健康状態: <input type="checkbox"/> 健康である <input type="checkbox"/> 疾病等で月1回以上通院している <input type="checkbox"/> 要介護(要支援)認定又は障害認定を受けている		
	その他家族	氏名	続柄	住所

特例入居の要件に該当するやむを得ない事由(申込者が要介護1・2の場合のみ記入)