

相談員	受付

老人保健施設チェリーゴード 入所申し込み書

老健チェリーゴードへの入所を希望し以下を記入します

記入日	年	月	日	申込者	氏名	(続柄:)		
					住所	〒		
					電話	()	-	
					携帯	()	-	

ふりがな			生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)				
ご本人様 氏名			性別	男・女				
住所	〒 -		電話	()	-			
保険者番号			要介護状態区分	1	2	3	4	5
認定年月日	年	月	日	被保険者番号				
認定有効期限	年	月	日	～	年	月	日	
後期高齢・国保	有・無		原爆手帳	有・無		介護保険負担割合証	割	
負担限度額認定証	有・無		段階	身体障害者手帳	有・無			

入所希望者の状況	現況	<input type="checkbox"/> 独り暮らし <input type="checkbox"/> 家族と同居 ※同居している方の続柄() <input type="checkbox"/> 居宅サービスを利用 ※利用サービス() <input type="checkbox"/> 施設・病院にに入所・入院中の方は、下記に記入してください ※ 施設・病院名 入所、入院月 令和 年 月頃～						
	入所希望の理由	<input type="checkbox"/> 介護者がいない <input type="checkbox"/> 介護者が「高齢」「障害」「疾病」等により十分な介護が出来ない <input type="checkbox"/> 介護者が就労により、十分な介護が出来ない <input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> 介護者の身体的、精神的負担が大きく、十分な介護ができない <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により、十分な介護ができない <input type="checkbox"/> 施設や病院当から退所、退院を迫られているが、自宅での介護が出来ない <input type="checkbox"/> 認知症状により、常時見守りが必要 <input type="checkbox"/> その他：						
	希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 令和 年 月頃						
	入所希望期間※最長6ヶ月	<input type="checkbox"/> ヶ月 <input type="checkbox"/> なし						
	他施設申込状況	<input type="checkbox"/> 当施設のみ申請 <input type="checkbox"/> 他施設にも申請している(差し支えなければ下記に記入して下さい)						
	医療状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> じょく瘡(床ずれ) <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工膀胱 <input type="checkbox"/> その他()						
		主治医病院名			担当医氏名			
		現在治療中の病名						
	居宅介護支援事業所	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない		事業所名				
	(ケアマネージャー)			担当者氏名	担当: 電話 () -			

申込者が主介護者と異なる場合は下記へ記載して下さい

主介護者	ふりがな			生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)			
	氏名			性別	男・女	本人との関係		
	住所	〒		同居有無	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している <input type="checkbox"/> その他 ()			
	電話	() -						

※裏面もあります

入 所	視力 (眼鏡使用: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)	食事	<input type="checkbox"/> 自分で食べることができる <input type="checkbox"/> 使用(・はし・スプーン・フォーク)	
	聴力 (補聴器使用: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)		<input type="checkbox"/> 部分的に介助が必要 <input type="checkbox"/> 全て介助が必要	
希 望	意思疎通 <input type="checkbox"/> 日常会話は十分にできる <input type="checkbox"/> あいさつ程度なら応じられる <input type="checkbox"/> 全くできない	移動	<input type="checkbox"/> 歩行(自力・杖・押車・歩行器) <input type="checkbox"/> 車椅子(自分で操作・介助) <input type="checkbox"/> 寝たきり	
	身体 腕(左・右・両方) 足(左・右・両方)	入浴	<input type="checkbox"/> 自分で入浴することができる <input type="checkbox"/> 介助が必要 (入浴場所:)	
者 の 身 体 状 況	服の着替え <input type="checkbox"/> 自分で可能 <input type="checkbox"/> 衣類の準備など手伝いが必要 <input type="checkbox"/> 全て介助が必要	整容	洗面: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 歯磨き: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 入れ歯: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	排泄 <input type="checkbox"/> トイレを使用(洋式・和式) <input type="checkbox"/> ポータブルトイレを使用 <input type="checkbox"/> ベッド上 使用している下着(布パンツ・パット・紙パンツ・オムツ(布・紙)) 具体的介助方法			
身 体 状 況	性格 <input type="checkbox"/> おとなしい <input type="checkbox"/> 協調的 <input type="checkbox"/> 朗らか <input type="checkbox"/> 几帳面 <input type="checkbox"/> 短気 <input type="checkbox"/> 人に溶け込めない <input type="checkbox"/> わがまま <input type="checkbox"/> 好き嫌いが多い <input type="checkbox"/> 頑固 <input type="checkbox"/> 凝り性 <input type="checkbox"/> 融通がきかない <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> その他			
	認知症・周辺症状 <input type="checkbox"/> 年相応 <input type="checkbox"/> 認知症が疑われる <input type="checkbox"/> 認知症と診断されている ◇物忘れ (ほとんどない・時々ある・よくある・全く覚えられない) ◇場所や時間の理解(理解できる・時々わからない・全くわからない) ◇その他(夜間不眠や、徘徊など具体的状況があればご記入ください。) ()			
入所申請に至る生活歴などを含む経緯(入所目的)				
入所希望者とご家族(介護者)との関わり・希望など		家族構成図		
特記事項(入所を急ぐ事情や、経済的理由・入所後の意向などをご記入ください。)		区分	記号	意味
		女性	◎	本人
		女性	○	本人以外
			●	死亡
		男性	回	本人
		男性	□	本人以外
			■	死亡
婚姻関係	＝	二重線で結ぶ		
婚姻関係解消	≠	二重線に×		