

■希望理由

※複数回答可	<p>1.入所申し込みが出来るのは木更津市に籍のある、原則として要介護度3以上の方です。 要介護1・2の方については、入所を必要とするやむを得ない理由が必要となることから、次の2も回答してください。</p> <p><input type="checkbox"/> 介護するものがないため</p> <p><input type="checkbox"/> 介護するものが「高齢」「障害」「疾病」等により十分な介護が困難なため</p> <p><input type="checkbox"/> 介護者が就労していることから、十分な介護が困難なため</p> <p><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困難なため</p> <p><input type="checkbox"/> 居住環境の事情により、十分な介護が困難なため</p> <p><input type="checkbox"/> 施設や病院から退所を求められているが、自宅での介護が困難なため</p> <p><input type="checkbox"/> その他 _____</p>
	<p>2.要介護度1・2の方については、以下該当するものを回答してください。</p> <p><input type="checkbox"/> 認知症があり、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる。</p> <p><input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる。</p> <p><input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待が疑われること等により心身の安全・安心の確保が困難である。</p> <p><input type="checkbox"/> 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できず、かつ、地域でのサービスや生活支援の供給が不十分である。</p>

■現在の状況

自宅	☆在宅サービスの利用 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	ケアプラン 作成事業所		担当 ケア	
自宅以外	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> その他 施設・病院名 _____ 入所・入院期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ 入所・入院している				

■介護の状況

主たる介護者の氏名		性別		年齢	歳	続柄	
介護者の世帯	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 家族と同居						
介護者の介護負担	<input type="checkbox"/> 重い <input type="checkbox"/> やや重い <input type="checkbox"/> 軽い <input type="checkbox"/> 負担に感じない						
介護者の障害、疾病	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (_____)						
介護者の就労	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (職業 _____)						
	就労日数 : 週に _____ 日 就労時間 : 一日 _____ 時間ぐらい						
他の要介護者	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (要介護 1・2・3・4・5)						
介護者の育児・病気の家族	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (_____)						
介護者の介護の関わり	<input type="checkbox"/> 介護できない <input type="checkbox"/> 介護に消極的 <input type="checkbox"/> やや消極的 <input type="checkbox"/> 普通						
他の同居介護協力者	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (週に _____ 回ほど協力あり)						
別居血縁者協力者	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (週に _____ 回ほど協力あり)						
近隣者の協力	<input type="checkbox"/> ほとんどなし <input type="checkbox"/> 随時あり <input type="checkbox"/> 常時あり						

■健康状態

現疾患 (現在のご病気など)	病名	期間	かかっている病院名
		年 月 ~	
		年 月 ~	

		年 月～	
		年 月～	
既往歴 (過去のご病気など)	病名	期間	かかった病院名
		年 月～ 年 月	
		年 月～ 年 月	
		年 月～ 年 月	
かかりつけ病院・医院		主治医	
医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> バルンカテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> インスリン(一日 回) <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 疼痛看護 <input type="checkbox"/> その他()		

■介護上の悩み・困っていること・現在の介護状況

■同意確認欄

◎入所申込に関する情報(個人情報)について、木更津市又は県から状況把握のため提示を求められた場合には、施設がこれを提示することについて同意します。

◎入所要件の判定や入所に必要性の高さを判断するため、必要が有る場合には入所申込に関する情報(個人情報)を木更津市に提示して意見を求め報告を行うことについて同意します。

◎申し込みから2年を経過し、施設からの連絡に対して応答がなく施設が入居希望者の状況を把握することが出来ない場合には、本申込を無効とすることに同意します。

同意日： 年 月 日

入居希望者氏名： _____ 印

申込者氏名： _____ 印

■施設からのお願い

入居希望者の介護度や、ご家族等の介護者の状況など、本申込書に記載した事項等が変わった場合、逝去された場合、あるいは他の特別養護老人ホーム等に入所した場合は、必ず当施設への連絡をお願いします。

《入所申込受付担当記入欄》

受付日	令和 年 月 日	受付者		申込方法	来所 ・ 郵送

◇入所希望者 「 _____ 様」 の現在の生活状況（令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日現在）社会福祉法人多宝会宛

【在宅の方】

→ご自身で記入されるか、担当のケアマネージャーに記入していただいでください。

【病院・施設に入所中の方】

→病院・施設の方へ、記入していただいでください。

	項目	内容（□にチェックしてください）				備考
基礎能力	視力	<input type="checkbox"/> 見える	<input type="checkbox"/> 大きい字なら可	<input type="checkbox"/> ぼんやり見える	<input type="checkbox"/> 見えない	眼鏡(有・無) 補聴(有・無)
	聴力	<input type="checkbox"/> 聞こえる	<input type="checkbox"/> 大きめの声で可	<input type="checkbox"/> かなり大きい声で可	<input type="checkbox"/> 聞こえない	
	言語発声	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> やや難しい	<input type="checkbox"/> 不明瞭だが発語可能	<input type="checkbox"/> 発生せず	
	意思疎通	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> やや難しい	<input type="checkbox"/> かろうじて可能	<input type="checkbox"/> できない	
食事	主食の形態	<input type="checkbox"/> ご飯	<input type="checkbox"/> お粥	<input type="checkbox"/> ペースト	<input type="checkbox"/> 経管（鼻腔・胃ろう・腸ろう）	
	副食の形態	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 軟菜	<input type="checkbox"/> キザミ	<input type="checkbox"/> 超きざみ	
	食事制限 食禁・アレルギー	<input type="checkbox"/> 普通食	<input type="checkbox"/> 糖尿・加里制限（ Kcal）	<input type="checkbox"/> 減塩食（Nacl g）		トシ(有・無)
	食事摂取 ムセこみ 歯	<input type="checkbox"/> 自力摂取	<input type="checkbox"/> 見守り必要	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
移動・移乗動作等	起き上がり 座ること 立ち上がり ベッド等への移乗	<input type="checkbox"/> 一人で行える	<input type="checkbox"/> つかまればできる	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	杖(有・無) 杖(有・無)
	屋内の移動 屋外の移動 補装具	<input type="checkbox"/> 自立歩行	<input type="checkbox"/> つたい歩き・いざり	<input type="checkbox"/> 手引き歩行	<input type="checkbox"/> 車いす	
排泄	尿意 便意 排泄介助	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不確実（時々・頻回）	<input type="checkbox"/> なし		
	日中の下着 排泄場所	<input type="checkbox"/> 肌着	<input type="checkbox"/> リハビリパンツ	<input type="checkbox"/> 尿取パッド	<input type="checkbox"/> オムツ	
入浴	夜間の下着 排泄場所	<input type="checkbox"/> 肌着	<input type="checkbox"/> リハビリパンツ	<input type="checkbox"/> 尿取パッド	<input type="checkbox"/> オムツ	
	洗身・洗髪 入浴方法	<input type="checkbox"/> 一人で行える	<input type="checkbox"/> 声かけ・見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
更衣	上半身の着脱 下半身の着脱	<input type="checkbox"/> 一人で行える	<input type="checkbox"/> 声かけ・見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
	口腔ケア 洗顔	<input type="checkbox"/> 一人で行える	<input type="checkbox"/> 声かけ・見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
睡眠	睡眠 眠剤	<input type="checkbox"/> 良く眠れる	<input type="checkbox"/> あまり眠れない	<input type="checkbox"/> 不眠気味	<input type="checkbox"/> 昼夜逆転	
	精神状況	認知症の症状	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 年相応の物忘れ程度	<input type="checkbox"/> あり（下記もチェック）	
<input type="checkbox"/> 被害的妄想			<input type="checkbox"/> 作話	<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴	<input type="checkbox"/> 大声	
その他		<input type="checkbox"/> 感情の不安定	<input type="checkbox"/> 昼夜逆転	<input type="checkbox"/> 暴言・暴行	<input type="checkbox"/> 繰り返す	
		<input type="checkbox"/> 介護への抵抗	<input type="checkbox"/> 動き回る	<input type="checkbox"/> 落ち着きがない	<input type="checkbox"/> 帰宅願望	
		<input type="checkbox"/> 収集癖	<input type="checkbox"/> 自傷行為	<input type="checkbox"/> 破壊行動	<input type="checkbox"/> 不潔行動	
		<input type="checkbox"/> 異食行動	<input type="checkbox"/> 性的行動	<input type="checkbox"/> ひどい物忘れ		

