

受付番号

年 月 日

### 特別養護老人ホーム サンヴェール尾張旭 入居待機申込書

特別養護老人ホーム サンヴェール尾張旭 施設長 殿

私は、特別養護老人ホームサンヴェール尾張旭への入居を希望しますので、ここに申し込みをいたします。  
また入居待機中、貴施設以外の施設に入居決定の場合や要介護度、連絡先、介護状況の変更があった場合は速やかに貴施設に連絡をいたします。

入居希望者本人	ふりがな		性別	生年月日			年齢
	氏名	様	男・女	明治・大正・昭和	年	月	日
	住所	〒					
TEL( ) -							

申し込み記入者	ふりがな		性別	続柄	年齢	ご連絡先	
	氏名	様	男・女			ご自宅	
	住所	〒				携帯電話	
その他勤務先等							

ご家族構成	お名前	年齢	続柄	お住まい	在住市町村
				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	

#### <ご本人様の現在のご様子をご記入願います>

認定状況	要介護度	1・2・3・4・5	有効期限	年 月 日～	年 月 日
	身体障害者手帳	有・無	障害等級	級 障害名	
	介護保険負担限度額認定証	有・無	食費	<input type="checkbox"/> 300円 <input type="checkbox"/> 390円 <input type="checkbox"/> 650円	
現在の状況	<input type="checkbox"/> ご自宅在住 ( <input type="checkbox"/> ご家族と同居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> お一人暮らし ) ※介護保険ご利用状況 <input type="checkbox"/> デイサービス・デイケア利用 ( <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月に 日程度 ) <input type="checkbox"/> ショートステイを利用中 ( <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月に 日程度 ) <input type="checkbox"/> 訪問看護を利用中 ( <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月に 日程度 ) <input type="checkbox"/> 訪問介護を利用中 ( <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月に 日程度 ) <input type="checkbox"/> その他 ( のサービスを、 <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月に 日程度 )				
	担当居宅介護支援事業所	介護支援専門員氏名			
	<input type="checkbox"/> 施設へ入居中 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 (施設名 ) <input type="checkbox"/> 老人福祉施設 (施設名 ) <input type="checkbox"/> 療養型病院 (施設名 ) <input type="checkbox"/> グループホーム (施設名 ) <input type="checkbox"/> ケアハウス (施設名 ) <input type="checkbox"/> その他 (施設名 )				
	<input type="checkbox"/> 病院に入院中 入院先 入院年月日 年 月 日から 病名				

裏面もご記入願います

生活状況	移動 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他( )
	食事 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> その他( )
	入浴 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	排泄 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (尿意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 便意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) 【オムツ・パット使用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (ロリハビリパンツ <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> その他 )】
身体状況	視力 <input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 見えづらい <input type="checkbox"/> 眼鏡使用 <input type="checkbox"/> その他( )
	聴力 <input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 聞こえづらい <input type="checkbox"/> 補聴器使用 <input type="checkbox"/> その他( )
	発語 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや不自由 <input type="checkbox"/> 不自由 理解力 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> わかりにくい <input type="checkbox"/> わからない
	認知症 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 )
周辺症状	<input type="checkbox"/> 昼夜逆転(頻度 ) <input type="checkbox"/> 幻覚・幻聴・妄想(頻度 ) <input type="checkbox"/> 暴言・暴行 <input type="checkbox"/> 大声を出す
	<input type="checkbox"/> 帰宅願望が強い <input type="checkbox"/> 介護抵抗(詳細 ) <input type="checkbox"/> オムツはずし(頻度 )
	<input type="checkbox"/> お金や物への執着が強い <input type="checkbox"/> その他( )
所得の状況	年金 <input type="checkbox"/> 無
	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 厚生年金 年間 円
	<input type="checkbox"/> 遺族年金・恩給 年間 円
	<input type="checkbox"/> 国民年金 年間 円 <input type="checkbox"/> その他年金 年間 円
特記事項	【その他】 ●当施設にお申し込み頂きましたきっかけをお聞かせ下さい。
	●他の施設にもお申し込みをされてみえますか。
	●介護で困っていること(携われない理由、経済的な理由など)をお聞かせ下さい。