

施設名

【様式1-情報】

住宅型有料老人ホーム オアソ 施設長 宛

入居を希望するので、下記のとおり申し込みます。

申込日	平成	年	月	日
受付日	平成	年	月	日
受付者				

入居希望者	ふりがな				性別	男 ・ 女	生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)									
	氏名																
	住所	〒 -						(TEL - -) (FAX - -)									
被保険者番号						要介護度	1	2	3	4	5						
保険者番号						保険者名											
初回要介護認定年月日	平成	年	月	日	認定有効年月日	自 平成	年	月	日	至 平成	年	月	日				
認定審査会の意見等																	
障害者認定者記載事項	番号				種別	区分	認定有効年月日	自 平成	年	月	日	至 平成	年	月	日		
福祉サービス番号						福祉サービス番号											
認定有効年月日	自 平成	年	月	日	至 平成	年	月	日	認定有効年月日	自 平成	年	月	日	至 平成	年	月	日

※上記（初回要介護認定年月日以外）は、入居希望者の介護保険被保険者証・障害者手帳から転記願います。

申込者	住所	〒 -			(TEL - -) (FAX - -) (携帯 - -)
	ふりがな 氏名				入居希望者との続柄
連絡先	住所	〒 -			(TEL - -) (FAX - -) (携帯 - -)
	ふりがな 氏名				入居希望者との続柄

※申込者以外の方への連絡を希望される方は、連絡先欄もご記入ください。

申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込む <input type="checkbox"/> 他の施設も申し込んでいる 施設名 () <input type="checkbox"/> 他の施設も申し込む予定 施設名 () <input type="checkbox"/> 現在施設に入所(居)している 施設名 ()
------	---

※口内に✓をしてください。

説明確認欄	<p>私は、入居申し込みの際し、入居の決定方法及び状況の変化に伴う届出等について、施設から説明を受けました。 また、今後の施設運営の参考とするために、関係公的機関に対し、この申込書の内容を報告することに同意します。</p> <p>平成 年 月 日 氏名 (本人との続柄)</p>
-------	---

入居希望者の状況

現 状	
現在の居所	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らしをしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 特養・老健などの施設や病院に入っている(入所等の時期 昭和・平成 年 月から)
入居希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ <input type="checkbox"/> 半年以内 <input type="checkbox"/> 1年以内 <input type="checkbox"/> その他 ()
入居希望理由 (複数選択可)	<input type="checkbox"/> 介護する者がいない <input type="checkbox"/> 介護する者が遠く離れたところに住んでいる <input type="checkbox"/> 介護する者が <input type="checkbox"/> 高齢である <input type="checkbox"/> 障害が有る <input type="checkbox"/> 病気である 等により介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者が就労していて、介護することが困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者の <input type="checkbox"/> 身体的 <input type="checkbox"/> 精神的 な負担が大きいため <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により、十分な介護をすることが困難なため <input type="checkbox"/> 施設や病院から退所(退院)を求められているため <input type="checkbox"/> その他 ()
医療関係	
特別な医療対応	<input type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> その他()
感染症に関する記載
現在治療中の病気
その他健康状態の特記事項
通院等利用診療科及び主治医	<input type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> 内 科 (病院名 主治医) <input type="checkbox"/> 歯 科 (病院名 主治医) <input type="checkbox"/> 循環器科 (病院名 主治医) <input type="checkbox"/> 精 神 科 (病院名 主治医) <input type="checkbox"/> 科 (病院名 主治医) <input type="checkbox"/> 科 (病院名 主治医)
認知症・精神障害等による行動障害等 (複数選択可)	<input type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 不穏行動 <input type="checkbox"/> 自傷行為 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> 恫 喝 <input type="checkbox"/> 薬物等依存 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> その他 ()
(頻度)	<input type="checkbox"/> ほとんど毎日 <input type="checkbox"/> 週3~4回程度 <input type="checkbox"/> 週1~2回程度 <input type="checkbox"/> 月数回程度

※医療関係事項は、皆様をお守りするために重要な情報ですので、記載漏れの内容正確をお願い致します。

介護状況	
飲水食事摂取	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助
排便・排尿	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助
入 浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助
歩 行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助
衣服着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助
視力・聴力	<input type="checkbox"/> 見えにくい <input type="checkbox"/> 見えない <input type="checkbox"/> 聞こえにくい <input type="checkbox"/> 聞こえない
意思伝達力	<input type="checkbox"/> 伝えにくい <input type="checkbox"/> かなり伝えにくい <input type="checkbox"/> 全く伝えられない