

特別養護老人ホーム ウォームヴィラ新庄園入所申請書兼受付書

申請日 令和 元年 5月 1日

ふりがな 入所希望氏名	しんじょう そのこ 新庄 園子		生年月日 明治・ 大正 ・昭和 12年4月10日 94歳
住所	〒639 - 2336 奈良県葛城市平岡528		性別 男・ 女
要介護度 (認定期間)	要支援 1・2 要介護 1・2・ 3 ・4・5 有効期間 平成29年4月1日～平成31年3月31日迄		
ふりがな 申し込み者氏名	しんじょう たろう 新庄 太郎		続柄 長男
住所	〒639 - 2336 奈良県葛城市平岡528		
自宅電話	0745 - 63 - 1150		※その他連絡先があればご記入下さい。 長男の嫁 090-8765-4321
携帯電話	090 - 1234 - 5678		
現在の状況			
現在の居所	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅(家族と同居) <input type="checkbox"/> 自宅(一人暮らし) <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> その他() 自宅以外の場合は、入所・入院の経緯を記載してください。		
利用している居宅介護支援事業所(担当ケアマネジャー)	事業所名 ⇒ 担当ケアマネジャー ⇒		
使用している在宅サービス	<input checked="" type="checkbox"/> デイサービス(週 2 回) <input type="checkbox"/> 訪問入浴(回) <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション(回) <input checked="" type="checkbox"/> ショートステイ(月 4日) <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 特になし		
主に介護されている方 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 社会資源を利用 <input checked="" type="checkbox"/> その他(子の配偶者など) 長男の嫁	家族構成  ○ 女性 □ 男性 ◎ 女性 (同居であれば○で囲む) ◻ 男性 死去は塗り潰す 本人は二重		
申請受付日	令和 年 月 日		
受付担当者	(印)		

※ 裏面に署名・捺印をお願いします。

※ ここからは要介護3以上の方のみ記載してください。

医療状況	
かかりつけ医	〇〇医院(大和高田市)
現病歴	いつから、症状、通院先、治療経過、予後など 糖尿病 高血圧 約20年前から(平成20年頃)、糖尿病と高血圧と〇〇病院で診断される。糖尿病の服薬で血糖値は安定。インシュリン注射なし。高血圧は服薬で血圧安定している。
既往歴・入院歴	発症日および入院期間、病院名、病名、骨折部位、服薬の有無(例えば糖尿病であれば、服薬の種類、インシュリン注射の有無など)をわかる範囲でご記入ください。 白内障(右目) 〇〇眼科 入院はなし 左大腿骨頸部骨折 △△病院 平成10年3月~4月入院(1ヶ月)
<input checked="" type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脳疾患 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 腎疾患 <input checked="" type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> 呼吸器系疾患 <input checked="" type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 皮膚疾患 <input checked="" type="checkbox"/> その他	
認知症状・身体状況	
認知症について 認知症 <input checked="" type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない 診断名(アルツハイマー) <input type="checkbox"/> 通院していない <input checked="" type="checkbox"/> 通院している 病院名 〇〇病院	認知症は、いつからどのような症状で発症しましたか。 平成23年頃より、物忘れがでてきた。
服用している薬はありますか。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> アリセプト <input type="checkbox"/> メモリー <input type="checkbox"/> 抑肝散 <input type="checkbox"/> レミニール <input type="checkbox"/> イクセロンパッチ <input type="checkbox"/> リバスタッチパッチ <input type="checkbox"/> その他	現在、認知症で困っている症状についてお書きください。 家の中をうろうろと歩き回る。外に出ていくと、自宅に戻れない。 どのような治療をしていますか。 通院月1回と服薬。
身体状況	視力 <input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 喪失 聴力 <input type="checkbox"/> 普通 <input checked="" type="checkbox"/> 難聴 <input type="checkbox"/> 喪失 やや難聴 言語 <input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 障害あり <input type="checkbox"/> 喪失 歩行 <input checked="" type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 使用している道具 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 杖 <input checked="" type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> その他 洗面 <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部支援 <input type="checkbox"/> 要支援 食事 <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部支援 <input type="checkbox"/> 要支援 排泄 <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部支援 <input type="checkbox"/> 要支援 入浴 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部支援 <input checked="" type="checkbox"/> 要支援 その他
入所後の本人、または家族の要望	施設で自分でできることをして、楽しく過ごして欲しい。
受給年金概算年額	約60万円

ウォームヴィラ新庄園施設長殿

「入所申請のご案内」を読みました。

入所前の身体状況、精神状況に応じて、入所できない場合があることを理解し、同意した上で申請致します。

申請者氏名 新庄 太郎



特別養護老人ホーム ウォームヴィラ新庄園入所申請書兼受付書

申請日 令和 年 月 日

ふりがな 入所希望氏名		生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 歳
住所	〒 ー	性別	男・女
要介護度 (認定期間)	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5	有効期間	平成 年 月 日～平成 年 月 日迄
ふりがな 申し込み者氏名		続柄	
住所	〒 ー		
自宅電話	ー ー	※その他連絡先があればご記入下さい。	
携帯電話	ー ー		
現在の状況			
現在の居所	<input type="checkbox"/> 自宅(家族と同居) <input type="checkbox"/> 自宅(一人暮らし) <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> その他() 自宅以外の場合は、入所・入院の経緯を記載してください。		
利用している居宅介護支援事業所(担当ケアマネジャー)	事業所名 ⇒ 担当ケアマネジャー ⇒		
使用している在宅サービス	<input type="checkbox"/> デイサービス(回) <input type="checkbox"/> 訪問入浴(回) <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション(回) <input type="checkbox"/> ショートステイ() <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 特になし		
主に介護されている方 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 社会資源を利用 <input type="checkbox"/> その他(子の配偶者など)	<u>家族構成</u>		
申請受付日	令和 年 月 日		
受付担当者	(印)		

※ 裏面に署名・捺印をお願いします。

※ ここからは要介護3以上の方のみ記載してください。

医療状況	
かかりつけ医	
現病歴	いつから、症状、通院先、治療経過、予後など
既往歴・入院歴 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脳疾患 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 腎疾患 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> 呼吸器系疾患 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 皮膚疾患 <input type="checkbox"/> その他	発症日および入院期間、病院名、病名、骨折部位、服薬の有無(例えば糖尿病であれば、服薬の種類、インシュリン注射の有無など)をわかる範囲でご記入ください。
認知症状・身体状況	
認知症について 認知症 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない 診断名() <input type="checkbox"/> 通院していない <input type="checkbox"/> 通院している 病院名 服用している薬はありますか。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> アリセプト <input type="checkbox"/> メモリー <input type="checkbox"/> 抑肝散 <input type="checkbox"/> レミニール <input type="checkbox"/> イクセロンパッチ <input type="checkbox"/> リバスタッチパッチ <input type="checkbox"/> その他	認知症は、いつからどのような症状で発症しましたか。 現在、認知症で困っている症状についてお書きください。 どのような治療をしていますか。
身体状況	視力 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 喪失 聴力 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 難聴 <input type="checkbox"/> 喪失 言語 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 障害あり <input type="checkbox"/> 喪失 歩行 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 使用している道具 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> その他 洗面 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部支援 <input type="checkbox"/> 要支援 食事 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部支援 <input type="checkbox"/> 要支援 排泄 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部支援 <input type="checkbox"/> 要支援 入浴 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部支援 <input type="checkbox"/> 要支援 その他
入所後の本人、または家族の要望	
受給年金概算年額	

ウォームヴィラ新庄園施設長殿

「入所申請のご案内」を読みました。

入所前の身体状況、精神状況に応じて、入所できない場合があることを理解し、同意した上で申請致します。

申請者氏名

印