

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	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() 服用している薬はありますか。 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> アリセプト <input type="checkbox"/> メマリー <input type="checkbox"/> 抑肝散 <input type="checkbox"/> レミニール <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> わからない	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。
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 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 睡眠 <input type="checkbox"/> よく眠る <input type="checkbox"/> 2・3回起きる <input type="checkbox"/> 何度も起きる 起きる理由 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> その他() その状況が <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週に3・4日 <input type="checkbox"/> 週に1・2回
受給年金概算年額	約

「入所申し込みに際しての注意事項」

- 1.入所対象は「要介護3以上の方」となります。要介護2以下の方は基本的には入所対象ではございませんが、お困りの際はご相談ください。
- 2.入所申込にて登録はさせていただきますが必ずしも入所できるものではありません。
- 3.「介護度が変更になった場合」「他施設に入所された場合」「他界された場合」等にご連絡ください。
- 4.お電話での連絡がとれなくなった場合は施設側判断での申請取り下げとなりますのでご了承ください。
- 5.医療的ケアが必要な場合(胃瘻・吸引・気管切開等)や認知症の周辺症状(暴力行為・セクハラ行為・他者への迷惑行為等)によっては入所できない場合もございますので予めご了承ください。
- 6.本申請書の登録有効期間は「5年間」となっております。更新希望時は必ずご連絡ください。連絡なく期間を経過した場合は取り下げとなりますのでご了承願います。

ウォームヴィラ新庄園 施設長 殿

上記注意事項を確認し同意した上で入所申請を致します。

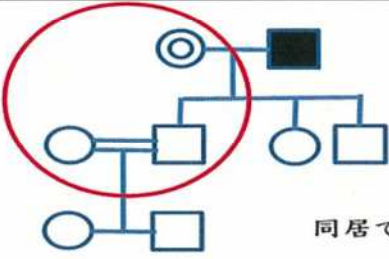
申請者署名

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	しんじょう そのこ 新庄 園子	生年月日	明治・大正・ 昭和 ○年○月○日 ○○歳
住所	〒639 - 2136 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	令和○年○月○日～令和○年○月○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	〒 - 同上		
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 (新庄 晴子) 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()		
居宅介護支援事業所 (担当ケアマネジャー)	事業所名 ⇒ 新庄園	担当ケアマネジャー ⇒ 森本	
使用している在宅サービス	<input checked="" type="checkbox"/> デイサービス(週 3 回) <input type="checkbox"/> 訪問入浴(回) <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション(週 回) <input checked="" type="checkbox"/> ショートステイ(月 10 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 checked="" type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> その他(孫など)	家族構成  ○ 女性 □ 男性 ⊙ 女性 ⊡ 男性 死去は塗り潰す 本人は二重 同居であれば○で囲む		
入所時期の意向確認	<input checked="" type="checkbox"/> 出来る限り早く <input type="checkbox"/> 今後の状況により検討 <input type="checkbox"/> その他()		

事業所受付時記入欄 (事業所の記載欄です)

申請受付日	令和 年 月 日	受付印
受付担当者		

裏面にも記入欄があります

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・・・約20年前から糖尿病と〇〇病院で診断。糖尿病の服薬で血糖値は安定。インシュリン注射なし。
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 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	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。 左大腿骨頸部骨折 △△病院 令和5年7月～8月入院(2ヶ月)
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) 服用している薬はありますか。 <input checked="" type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input checked="" type="checkbox"/> アリセプト <input type="checkbox"/> メマリー <input type="checkbox"/> 抑肝散 <input type="checkbox"/> レミニール <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> わからない	認知症は、いつからどのような症状で発症しましたか。 3年程前から物忘れが出てきた。 現在、認知症もしくはその他で困っている症状についてお書きください。 1人で外出するが、自宅に戻れない。 転倒をくり返して目が離せない。 何度も同じ話をくりかえす。 等々
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 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 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 checked="" type="checkbox"/> 一部支援 <input type="checkbox"/> 要支援 睡眠 <input type="checkbox"/> よく眠る <input checked="" type="checkbox"/> 2・3回起きる <input type="checkbox"/> 何度も起きる 起きる理由 <input checked="" type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> その他() その状況が <input checked="" type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週に3・4日 <input type="checkbox"/> 週に1・2回
受給年金概算年額	約60万円

「入所申し込みの際の注意事項」

- 1.入所対象は「要介護3以上の方」となります。要介護2以下の方は基本的には入所対象ではございませんが、お困りの際はご相談ください。
- 2.入所申込にて登録はさせていただきますが必ずしも入所できるものではありません。
- 3.「介護度が変更になった場合」「他施設に入所された場合」「他界された場合」等にご連絡ください。
- 4.お電話での連絡がとれなくなった場合は施設側判断での申請取り下げとなりますのでご了承ください。
- 5.医療的ケアが必要な場合(胃瘻・吸引・気管切開等)や認知症の周辺症状(暴力行為・セクハラ行為・他者への迷惑行為等)によっては入所できない場合もございますので予めご了承ください。
- 6.本申請書の登録有効期間は「5年間」となっております。更新希望時は必ずご連絡ください。連絡なく期間を経過した場合は取り下げとなりますのでご了承願います。

ウォームヴィラ新庄園 施設長 殿

上記注意事項を確認し同意した上で入所申請を致します。

申請者署名

新庄 太郎