

両施設を希望する場合は、どちらか一方にチェックして下さい。

希望する施設にチェックして下さい。

特別養護老人ホーム 市川あさひ荘 申込書

第1希望

特別養護老人ホーム サンライズ市川 申込書

第1希望

申込者・連絡先	住所	〒	
	フリガナ		
	氏名	(続柄)	
	電話	自宅	携帯

入所希望者の状況	フリガナ															
	氏名	(男・女)														
	生年月日	明治	大正	昭和	年	月	日	(年齢)	歳							
	住所	〒														
	介護保険情報	保険者(市町村名)						被保険者番号								
		要介護度	1	2	3	4	5	要介護度認定期間	平成	年	月	日から	平成	年	月	日まで
		事業所名						担当ケアマネージャー								
	世帯の状況	独居(一人暮らし) 高齢世帯(老夫婦のみ) 家族と同居 その他 《その他に○をした方は具体的に記入して下さい》 病院 介護老人保健施設 介護療養型施設 養護老人ホーム 有料老人ホーム 施設・病院名 所在地 入所・入院年月日 平成 年 月 日より														
入所を希望する理由(該当するものすべてを選んで下さい)	1. 入所申込ができるのは原則として要介護度3以上の方です。 (要介護度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なことから、次の2欄も回答してください。) <input type="checkbox"/> 介護する者がいないため。 <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」、「障害」、「疾病」等により十分な介護が困難なため。 <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。 <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。 <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 施設や病院等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。 <input type="checkbox"/> その他()															
既往歴	例:脳梗塞(○年○月発症) 高血圧(○年○月発症) 糖尿病(○年○月発症) 骨折(○年○月発症)等 ※およその発症年月日も記入して下さい。															

実際に介護をされている方(主たる介護者)・家族の状況

主たる介護者	住所	〒 入所希望者と同居の場合、住所は記入不要									
	フリガナ	(男 ・ 女)									
	氏名	(続柄)									
	生年月日	明治	大正	昭和	年	月	日	(年齢	歳)		
主たる介護者・家族の状況	介護者の障害・疾病	無・有(例:腰痛 リウマチ等具体的に) 【有りの方で、その障害や疾病による介護への影響】 介護困難 多少介護困難 介護可能									
	介護者の就労	高齢の為就労出来ない・無・有(職種:) 【有りの方で、その仕事の日数・時間】 1週間に 日 1日に 時間									
	介護者の育児 他家族の障害・疾病	育児(無・有) 他家族の障害・疾病(無・有) 【育児・看病の状況】 常時の育児・看病 1日の半分程度育児・看病 一時的な育児・看病									
	入所希望者以外の要介護者	無・有 主たる介護者との続柄() 要介護度 1 2 3 4 5 要支援 1 2 認知症による不適用行動 非常に多い やや多い 少しあり なし									
	介護者の介護負担	重い やや重い 軽い 負担なし									
	介護者の意欲	意欲的 普通 やや消極的 非常に消極的 無									
	同居家族の協力	常時あり(週4日以上) 随時あり(週2.3日程度) ほとんどなし 無									
	別居血縁者の協力	常時あり(週4日以上) 随時あり(週2.3日程度) ほとんどなし 無									
	近隣者の協力	常時あり(週4日以上) 随時あり(週2.3日程度) ほとんどなし 無									
	申込の状況	当施設以外に申し込んでいる施設名 【市川市内の介護施設】 老健市川あさひ荘 太陽と緑の家 ホワイト市川 広尾苑 清山荘 市川ヒルズ ナーシングホーム市川 レガーレ市川 いちかわ翔裕園 やわらぎの郷 市川三愛 【その他】									

同意事項

1. 本入所申込みに関する内容を、市川市へ提供することに同意します。
2. 入所に関わる記載事項の確認等に関し、関係病院、担当ケアマネージャーに確認することに同意します。
3. 施設から、入所待機順位決定方法等の説明を受けました。

平成 年 月 日

入所希望者本人(代理人)氏名

印

※市川朝日会グループでは以下の事業サービスも行っております

- ・社会福祉法人 介護老人保健施設 市川あさひ荘のパンフレット資料請求
 希望する 希望しない

利 用 申 込 書 (別 紙)

■身体状況

食事状況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経管栄養(<input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 鼻腔)	
	<input type="checkbox"/> 食事制限	
	ご飯	<input type="checkbox"/> ご飯 <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> その他()
	おかず	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 刻み食 <input type="checkbox"/> 超刻み食 <input type="checkbox"/> ミキサー食
	水分	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> とろみ使用
	飲みこみ	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> よくむせる
	入れ歯	<input type="checkbox"/> 自歯 <input type="checkbox"/> 使用中 (上・下) <input type="checkbox"/> 除去中 (上・下)
トイレの状況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 誘導 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	尿意	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない
	便意	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない
	方法	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 紙おむつ <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ
入浴状況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
着替えの状況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
歩行状況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 装具 <input type="checkbox"/> 車椅子(<input type="checkbox"/> 自操 可・不可 <input type="checkbox"/> 介助)	
	<input type="checkbox"/> 普通型 <input type="checkbox"/> リクライニング型	
移乗状況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
口腔ケア状況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
睡眠状況	<input type="checkbox"/> 支障あり <input type="checkbox"/> 支障なし	
	<input type="checkbox"/> 眠剤なし <input type="checkbox"/> 眠剤あり	
視力状況	<input type="checkbox"/> 支障あり <input type="checkbox"/> メガネ使用 <input type="checkbox"/> 支障なし	
言語状況	<input type="checkbox"/> 支障あり <input type="checkbox"/> 支障なし	
喫煙状況	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (1日 本)	
飲酒状況	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (1日 位)	
皮膚の治療	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
医療の状況	<input type="checkbox"/> インシュリン <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> バルーン	
身体測定	身長	cm 体重 kg

■**認知症の状況**

●下記の中から該当すると思いつく行為をチェックしてください。

認知症による不適応行動について

- 非常に多い(毎日) やや多い(週に 1,2 回程度)
- 少しあり(月 1,2 回) なし
- 自分を自ら傷つけて怪我をしたり、他人に対して暴力を振るう行為
- 幻聴や幻視の症状がある
- どことなくあるきまわり、迷子になったり、帰って来られなくなる状態（徘徊行為）
- 便をいじったり、口にしたりといった不潔な行為（不潔行為）
- 食べられない石や石鹸などを食べてしまう行為（異食行為）

●上記以外にも認知症の行動がある場合は下記に詳細をお書きください。

■**薬の状況**

●現在の飲んでいる薬の内容を下記にご記入頂くかお薬手帳のコピーを添付して下さい。

- ・ _____
- ・ _____
- ・ _____
- ・ _____
- ・ _____

■**介護で困っていることを記入して下さい。**
