

特別養護老人ホーム

いちかわ翔裕園 入居までの流れ

入居ご希望本人

- ・ いちかわ翔裕園 相談課までご相談ください。
窓口 相談課 午前9時～午後5時まで
- ・ 申請書は施設に来園、または郵送にてお渡しいたします。

入居申請

- ・ 入居申込書に必要事項を記入して提出してください。
※ 記入漏れがあると、正確な順位付けが出来ないことがありますので、ご注意ください。
- ※ 介護保険被保険者証の写し(コピー)・介護保険負担限度額認定証の写し(コピー)・居宅サービスご利用の方は、サービス利用票の、直近2か月分を必ず提出して下さい。

施設説明

- ・ 入居申請書は来園、または郵送でお願いいたします。
- ・ 状況確認のため、ご連絡、又は面接を行なう場合があります。

入居希望待機者

- ・ 入居評価基準表による評価から、入居待機者の順位付けを実施し、名簿を作成します。
- ※ 評価は受付順ではありません。
要介護度・年齢・身体の状態・介護者の状況等での評価となります。

入居前調査

- ・ 待機者名簿の優先順位が高い方から面接を行ないます。
- ※ 本人および、家族の状況確認を行ないます。

入居判定会議

- ・ 面談にてお聞きした情報をもとに、入居判定および、ケア方法等を検討いたします。

入居決定

- ・ 入居日を決定し、入居までの準備をしていただきます。

入居

【お問い合わせ】

〒272-0802 千葉県市川市柏井町1-1076

特別養護老人ホーム いちかわ翔裕園

TEL 047-303-5525 fax 047-303-5335

入居申し込みに関する注意事項

○ 提出資料について

- 1) 介護保険被保険者証の写し(コピー)を必ず1部コピーしてください。
また有効期間をご確認の上、更新された場合は、更新後の写し(コピー)を再提出してください。
- 2) 居宅サービスをご利用の方は、サービス利用票の直近2か月分の写し(コピー)を提出してください。
- 3) 介護保険負担限度額認定証の写し(所持されている方のみ)

○ 入居の順番について

入居の順番は、お申込み順ではありませんのでご了承ください。
千葉県「特別養護老人ホーム入居指針」に基づき、申込者(入居希望者)の要介護度、介護サービスの利用状況など、施設介護サービスを受ける必要性の高い方から、ご入居いただくこととなります。

○ 入居申込書について

入居の必要性を確認する上で、重要な書類となりますので、記入漏れがないように、お願いいたします。

○ 大きな体調の変化や、他施設への入居等、住所変更があった場合

申し込み中に、大きな体調の変化があった場合は、お手数ですが再度入居申込書の提出をお願いいたします。また、他施設への入居や入院先の変更、介護者の変更や住居の状況など、入居申請書の内容が変わった場合および、入居の必要がなくなった場合には、必ず下記連絡先までご連絡をお願いいたします。

○ 利用料について

介護負担割合証に1割と記載の方は別紙3-1、2割の方は別紙3-2の利用料金表をご確認ください。利用料金表には、サービス利用料1割(2割)負担分と、加算の1割(2割)負担分・食費・居住費が記載されています。その他に、医療費・薬代・理美容代・ご利用者個人の買い物費用については別途かかります。

○ 相談窓口について

いちかわ翔裕園 相談課までお問い合わせください。直接来園される場合は、相談員が不在の場合がございますので、お手数ですが、予めご連絡をお願いいたします。

【問い合わせ先】

社会福祉法人 長寿の里
特別養護老人ホーム いちかわ翔裕園
〒 072-0802 市川市柏井町1-1076
TEL 047-303-5525 fax 047-303-5335
※ 受付時間 : 月~金の午前9時~午後5時まで



社会福祉法人 長寿の里

特別養護老人ホーム いちかわ翔裕園 利用料金表(1割負担)

全室ユニット型個室

	ユニット型施設 サービス費 (日額 1割)	利用者負担段階	食費 (日額)	居住費 (日額)	1日分利用料	30日分利用料
要介護 1	642	第1段階	300	820	1,762	52,860
		第2段階	390	820	1,852	55,560
		第3段階	650	1,310	2,602	78,060
		第4段階	1,750	2,700	5,092	152,760
要介護 2	710	第1段階	300	820	1,830	54,900
		第2段階	390	820	1,920	57,600
		第3段階	650	1,310	2,670	80,100
		第4段階	1,750	2,700	5,160	154,800
要介護 3	783	第1段階	300	820	1,903	57,090
		第2段階	390	820	1,993	59,790
		第3段階	650	1,310	2,743	82,290
		第4段階	1,750	2,700	5,233	156,990
要介護 4	851	第1段階	300	820	1,971	59,130
		第2段階	390	820	2,061	61,830
		第3段階	650	1,310	2,811	84,330
		第4段階	1,750	2,700	5,301	159,030
要介護 5	919	第1段階	300	820	2,039	61,170
		第2段階	390	820	2,129	63,870
		第3段階	650	1,310	2,879	86,370
		第4段階	1,750	2,700	5,369	161,070

加算項目	日額(1割)	30日分	加算項目	日額(1割)	30日分
初期費用(入居日から30日間)	31	930	栄養マネジメント加算	15	450
入院外泊時加算(入院・外泊時の6日間)	253		サービス提供体制加算(I口)	13	390
個別機能訓練加算	13	390	看取り介護加算(死亡日以前4~30日)	83	
看護体制加算	5	150	看取り介護加算(死亡日前日・前々日)	699	
口腔衛生管理体制加算	31		看取り介護加算(死亡日)	1315	
日常生活継続支援加算	48	1,440	その他法令に定める加算		

※ 市川市地域加算は1単位=10.27円のため、端数処理にて若干の金額の差が生じます。上記金額はあくまでも目安の表記となります。

- ※ 上記30日分利用料には加算とその他の費用は含まれておりません。
- ※ 介護保険法改正時には金額を変更する場合があります。
- ※ 加算とその他の費用はすべての方が該当するものではありません。

〈 その他 費用 〉

- ※ 医療費及び薬代、理美容代、個人の趣味活動等は実費となります。
- ※ その他個々に使用する日用品費は実費となります。
- ※ インフルエンザ予防接種等の健康管理費は実費となります。



社会福祉法人 長寿の里

特別養護老人ホーム いちかわ翔裕園 利用料金表(2割負担)

全室ユニット型個室

	ユニット型施設 サービス費 (日額 2割)	利用者負担段階	食費 (日額)	居住費 (日額)	1日分利用料	30日分利用料
要介護 1	1283	第1段階	300	820	2,403	72,090
		第2段階	390	820	2,493	74,790
		第3段階	650	1,310	3,243	97,290
		第4段階	1,750	2,700	5,733	171,990
要介護 2	1419	第1段階	300	820	2,539	76,170
		第2段階	390	820	2,629	78,870
		第3段階	650	1,310	3,379	101,370
		第4段階	1,750	2,700	5,869	176,070
要介護 3	1565	第1段階	300	820	2,685	80,550
		第2段階	390	820	2,775	83,250
		第3段階	650	1,310	3,525	105,750
		第4段階	1,750	2,700	6,015	180,450
要介護 4	1700	第1段階	300	820	2,820	84,600
		第2段階	390	820	2,910	87,300
		第3段階	650	1,310	3,660	109,800
		第4段階	1,750	2,700	6,150	184,500
要介護 5	1836	第1段階	300	820	2,956	88,680
		第2段階	390	820	3,046	91,380
		第3段階	650	1,310	3,796	113,880
		第4段階	1,750	2,700	6,286	188,580

加算項目	日額(2割)	30日分	加算項目	日額(2割)	30日分
初期費用(入居日から30日間)	31	930	栄養マネジメント加算	28	840
入院外泊時加算(入院・外泊時の6日間)	505		サービス提供体制加算(I口)	24	720
個別機能訓練加算	61	1830	看取り介護加算(死亡日以前4~30日)	295	
看護体制加算(I口)	8	240	看取り介護加算(死亡日前日・前々日)	1396	
口腔衛生管理体制加算	61		看取り介護加算(死亡日)	2629	
日常生活継続支援加算	98	2,940	その他法令に定める加算		

※ 市川市地域加算は1単位=10.27円のため、端数処理にて若干の金額の差が生じます。上記金額はあくまでも目安の表記となります。

- ※ 上記30日分利用料には加算とその他の費用は含まれておりません。
- ※ 介護保険法改正時には金額を変更する場合があります。
- ※ 加算とその他の費用はすべての方が該当するものではありません。

〈 その他 費用 〉

- ※ 医療費及び薬代、理美容代、個人の趣味活動等は実費となります。
- ※ その他個々に使用する日用品費は実費となります。
- ※ インフルエンザ予防接種等の健康管理費は実費となります。

特別養護老人ホーム 入居申込書

申込日	平成 年 月 日
-----	----------

特別養護老人ホーム
いちかわ翔裕園
施設長 様

申 込 者	住所		
	(ふりがな)		本人との関係
	氏名		
	電話番号	()	

特別養護老人ホーム いちかわ翔裕園へ入居したく、次のとおり申し込みます。

本 人 の 状 況 ①	(ふりがな)		住所			
	氏名			住所		
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)	性別	男 ・ 女		
	保険者	被保険者番号	要介護度	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5		
	介護認定期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日まで				
	負担限度額認定	段階				
	日常生活自立度	Ⅲa以上 ・ Ⅱa ・ Ⅱb ・ Ⅰ ・ 自立				
	居宅介護支援事業者	※担当:()ケアマネージャー				
	<p>入居申込が出来るのは、原則として要介護3以上の方になります。 (要介護1 ・ 2の方については、入居を必要とするやむを得ない理由が必要となる事から、 入居を希望する理由欄1~3の回答をお願いいたします。)</p> <p>※ 要介護3以上の方については欄2の回答は必要ありません。</p>					
	入居を希望する理由	1	<input type="checkbox"/> 介護する者がいない為 <input type="checkbox"/> 介護する者が『高齢者』『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"/> 介護者の心身的・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"/> 施設や病院から退居・退院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 ()			
	2	<input type="checkbox"/> 認知症であるものであつて、日常生活に支障を来すような症状・言動や意思疎通の困難さが頻繁にみられる <input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害を伴い、日常生活に支障を来すような症状・言動や意思疎通の困難さが頻繁にみられる <input type="checkbox"/> 家族などにより深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難である。 <input type="checkbox"/> 単身世帯や、同居家族が高齢又は病弱である等により、家族などによる支援が期待できず、かつ、地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分である。				
	3	<input type="checkbox"/> 今すぐ入居したい <input type="checkbox"/> できるだけ早く入居したい				

医療的処置の状況	現病名									
	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> その他()									
	糖尿病の方	治療薬： <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 糖尿病食： <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有(kcal) インスリン注射： <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (回 / 日)								
	既往歴(病歴)									
	患った事のある感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 肝炎 ・ <input type="checkbox"/> 梅毒 ・ <input type="checkbox"/> 結核 ・ <input type="checkbox"/> MRSA ・ <input type="checkbox"/> 疥癬 ・ <input type="checkbox"/> その他) 時期： 年 月頃 その他の病名及び時期： () 時期： 年 月頃								
	服薬内容									
	【特記事項】									
本人の状況②	【内容】									
		<table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td style="text-align:right;">ない</td> <td style="text-align:right;">少しある</td> <td style="text-align:right;">やや多い</td> <td style="text-align:right;">毎日ある</td> </tr> <tr> <td style="text-align:right;">月1~2回程度</td> <td style="text-align:right;">週1~2回以上</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	ない	少しある	やや多い	毎日ある	月1~2回程度	週1~2回以上		
	ない	少しある	やや多い	毎日ある						
	月1~2回程度	週1~2回以上								
	1. 物を盗られたなどと被害的になることが	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	2. 作話をし周囲に言いふらすことが	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	3. 実際にはない物が見えたり聞こえたりすることが	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	4. 泣いたり笑ったりして感情が不安定になることが	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	5. 夜間不眠あるいは昼夜逆転が	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	6. 暴言や暴行が	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	7. しつこく話をしたり、不快な音を立てることが	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	8. 大声を出すことが	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	9. 助言や介護に抵抗することが	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	10. 目的もなく動き回ることが	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	11. 「家に帰る」等と言い、落ち着きが無い事が	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	12. 外出すると家等に1人で戻れなくなることが	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	13. 色々な物を集めたり、無断で持ってくる事が	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	14. 火の始末や火元の管理が出来ないことが	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	15. 物や衣類を壊したり、破いたりすることが	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
16. 不潔な行為を行うことが	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
17. 食べられない物を口に入れることが	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
18. ひどい物忘れが	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
世帯の状況	<input type="checkbox"/> 単身世帯 <input type="checkbox"/> 75歳以上のみの世帯 <input type="checkbox"/> 60歳以上~74歳のみの世帯 <input type="checkbox"/> その他の世帯									
現在の状況	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 施設や病院等に入居・入院している ※ 入居・入院先の施設(病院)名： <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 療養型病床群 <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> ケアハウス <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> その他 () ※ 入居・入院時期： 年 月 日から入居・入院している									
本人の年収について	年金	円 / 月								
	その他(不動産収入等)	円 / 月								
	その他(貯蓄)									

本人の状況 ③	入居を希望する理由	<input type="checkbox"/> 主介護者がいない <input type="checkbox"/> 主介護者が障害・疾病等により十分な介護が出来ていない <input type="checkbox"/> 主介護者が他の家族の介護・看護・育児をしている <input type="checkbox"/> 主介護者が主たる生計維持者である <input type="checkbox"/> 主介護者が介護拒否 <input type="checkbox"/> 主介護者が近隣または、別居血縁者である				
	特別な事由	<input type="checkbox"/> 入居希望者が市川市の介護保険被保険者である <input type="checkbox"/> 入居希望者は市川市以外の介護保険被保険者である <input type="checkbox"/> 入居を希望する個別の事由がある () <input type="checkbox"/> 特になし				
介護者の状況 ①	主たる介護者	(ふりがな)		性別	本人との関係	
		氏名		男・女		
		生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日 (歳)
		同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居			
			<input type="checkbox"/> 別居 ()			
		介護期間				
		介護負担	<input type="checkbox"/> 重い <input type="checkbox"/> やや重い <input type="checkbox"/> 軽い <input type="checkbox"/> 負担なし			
		主たる介護者の就労状況	<input type="checkbox"/> 有 (常勤・パート) <input type="checkbox"/> 無			
		主たる介護者の育児状況	<input type="checkbox"/> 有 (人 歳) <input type="checkbox"/> 無			
		主たる介護者の健康状態(疾病・障がい等)	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 ※下記に詳細を記入 () <input type="checkbox"/> 介護困難 <input type="checkbox"/> 多少介護 <input type="checkbox"/> 介護可能			
	同居介護補助者	<input type="checkbox"/> ほとんどなし <input type="checkbox"/> 随時あり(週1~3回) <input type="checkbox"/> 常時あり(週4回以上)				
	介護補助者の健康状態(疾病・障がい等)	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 ※下記に詳細を記入 ()				
	(ご本人様と同一世帯に要介護・要支援認定を受けている方がいる場合) 同一世帯の他の要介護者様の身体状況	要介護度	要支援 1 ・ 2 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5			
認知症による周辺症状		【内容】 <input type="checkbox"/> 非常に多い <input type="checkbox"/> やや多い <input type="checkbox"/> 少しあり <input type="checkbox"/> なし (毎日ある) (週1回~2回) (月1回~2回)				
施設入居又は病院入院の有無		<input type="checkbox"/> 入居または入院している() <input type="checkbox"/> 入居または入院していない				
従たる介護者	(ふりがな)		性別	本人との関係		
	氏名		男・女			
	生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日 (歳)	
	同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居				
		<input type="checkbox"/> 別居 ()				
	介護	<input type="checkbox"/> 介護困難 <input type="checkbox"/> 多少介護可能 <input type="checkbox"/> 介護可能				
介護期間						
近隣者などの介護協力	<input type="checkbox"/> ほとんどなし <input type="checkbox"/> 随時あり(週1~3回) <input type="checkbox"/> 常時あり(週4回以上)					

その他	在宅での介護期間	年 月 日 ~ 現在まで(年 ヶ月間)
	待機期間	平成 年 月頃 ~ 現在まで
	現在利用している在宅サービスの状況	① 訪問介護 () ⑥ 通所リハビリテーション () ② 訪問入浴介護 () ⑦ 短期入居生活介護 () ③ 訪問看護 () ⑧ 短期入居療養介護 () ④ 訪問リハビリテーション () ⑨ 福祉用具の貸与・購入費の支給 () ⑤ 通所介護 () ⑩ その他 ()
	申込の状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申込 <input type="checkbox"/> 他の施設(特別養護老人ホーム)にも申し込んでいる。又は申し込む予定。 【申込施設(予定も含む)】 ()
	住宅の状況	<input type="checkbox"/> 特に問題なく生活できる住居 <input type="checkbox"/> 一部居住性に問題がある <input type="checkbox"/> 現在の住居では生活が難しい <input type="checkbox"/> 帰る住居がない
	経済状況	<input type="checkbox"/> 課税世帯 <input type="checkbox"/> 非課税世帯(円/年間) <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 特に負担は感じていない <input type="checkbox"/> 負担を感じている
待機期間	平成 年 月頃 ~ 現在まで	
入居希望者の身体状況	視力	<input type="checkbox"/> よく見える <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 見えにくい(<input type="checkbox"/> 右眼 <input type="checkbox"/> 左眼) <input type="checkbox"/> 全盲(いつから) <input type="checkbox"/> 白内障 <input type="checkbox"/> 緑内障
	聴力	<input type="checkbox"/> よく聞こえる <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聞こえにくい(<input type="checkbox"/> 右耳 <input type="checkbox"/> 左耳) <input type="checkbox"/> 難聴 補聴器(<input type="checkbox"/> 使用している <input type="checkbox"/> 使用していない)
	言語	<input type="checkbox"/> 普通に話せる <input type="checkbox"/> やや不自由 <input type="checkbox"/> 不自由(<input type="checkbox"/> 言語障害 <input type="checkbox"/> その他)
	立位	<input type="checkbox"/> つかまらずに立てる <input type="checkbox"/> つかまれば立てる <input type="checkbox"/> なんとか介助で立てる <input type="checkbox"/> まったく立てない
	歩行	<input type="checkbox"/> 自分で歩ける <input type="checkbox"/> 手すり等につかまれば歩ける <input type="checkbox"/> 手引きで歩ける <input type="checkbox"/> 補助具を使って歩ける(<input type="checkbox"/> 杖(1点杖・4点杖) <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> まったく歩けない(<input type="checkbox"/> 車いすを自走できる <input type="checkbox"/> 自走できない <input type="checkbox"/> リクライニング)
	麻痺	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(<input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢)
	拘縮	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部位)
	排泄	<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 自分で行けるが拭いたりできない <input type="checkbox"/> 全て介助が必要 日中： <input type="checkbox"/> 紙パンツのみ <input type="checkbox"/> 紙パンツとパット使用 <input type="checkbox"/> 紙オムツとパット使用 夜間： <input type="checkbox"/> 紙パンツのみ <input type="checkbox"/> 紙パンツとパット使用 <input type="checkbox"/> 紙オムツとパット使用 <input type="checkbox"/> 普通の下着を使用 <input type="checkbox"/> 失禁がない <input type="checkbox"/> 時々失禁がある <input type="checkbox"/> 随時失禁がある
	食事	<input type="checkbox"/> 自分で食べられる <input type="checkbox"/> 一部介助が必要 <input type="checkbox"/> 全て介助が必要 <input type="checkbox"/> 箸で食べる <input type="checkbox"/> スプーン・フォークを使用する <input type="checkbox"/> その他の自助具 主食： <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> 胃ろう用食品 副食： <input type="checkbox"/> 常菜 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> ミキサー 食べられないもの・禁食()
	入浴	<input type="checkbox"/> 自分で入れる <input type="checkbox"/> 見守り必要 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全て介助が必要 入浴回数： <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 2~3回/週 <input type="checkbox"/> 1回程度/週 <input type="checkbox"/> 清拭のみ
	着替え	<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 声をかければできる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全て介助が必要

認知症	<input type="checkbox"/> なし (<input type="checkbox"/> 年齢相応の物忘れはあるが問題はない) <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 常時徘徊がある <input type="checkbox"/> 家に戻れなくなる <input type="checkbox"/> 大声を出す <input type="checkbox"/> 収集癖がある <input type="checkbox"/> ものとられ妄想がある <input type="checkbox"/> 暴言・暴行 <input type="checkbox"/> 食べられないものを口にする <input type="checkbox"/> その他()
意思疎通	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 可能だがその場限りである <input type="checkbox"/> 可能だが同じことを繰り返す <input type="checkbox"/> 難しい
睡眠状況	<input type="checkbox"/> よく眠れる <input type="checkbox"/> 睡眠導入剤を使用している <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 昼と夜が反対になっている <input type="checkbox"/> ほとんど昼も夜も寝ずに起きていることが多い <input type="checkbox"/> 1日中寝ていることが多い
入居希望者の生活歴	<ul style="list-style-type: none"> • 出身地 • 兄弟 • 最終学歴 • 職業 • 結婚 • 配偶者 • 子供 • 病歴及び発症月日 (病名:いつ頃) ・ (病名:いつ頃) (病名:いつ頃) ・ (病名:いつ頃) (病名:いつ頃) ・ (病名:いつ頃) • 趣味 (以前 :) (以前 :) • 性格 () • その他() () () • 身長 cm • 体重(現在) kg

【同意書】

特別養護老人ホーム いちかわ翔裕園の申請にあたり、入居に関する方法や手続きについて説明を受けました。また、申し込みにあたり入居希望者、その家族などに関する必要な情報を提供し、判定会議や入居調整のために施設が用いることに同意します。

平成 年 月 日

入居希望者

氏名

(印)

ご家族代表者(記入者)

氏名

(印)

社会福祉法人長寿の里

特別養護老人ホーム いちかわ翔裕園