

【様式1】

特別養護老人ホームあつたかの家みさと 入所申込書

										No.	
申込日		令和 年 月 日			受付日		令和 年 月 日				
申込者	(ふりがな) 氏名						本人との関係				
	住所		〒								
	連絡先		電話番号 ( )		携帯電話 ( )						
本人の状況	(ふりがな) 氏名				性別	保険者		(区市町村)			
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 ( 歳)			<input type="checkbox"/> 男	被保険者番号					
	住所	〒			<input type="checkbox"/> 女	要介護度		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5			
	保険等	<input type="checkbox"/> 国民健康保険(本人・家族)		<input type="checkbox"/> 社会保険(本人・家族)							
		<input type="checkbox"/> 老人医療受給者証		<input type="checkbox"/> その他の受給者証(障害・難病・特定)							
		<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度		<input type="checkbox"/> 介護保険負担限度額認定証							
	本人の現況				<input type="checkbox"/> 居宅で1人暮らししている		<input type="checkbox"/> 居宅で親族と同居している				
身体障害				<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り		障害名 _____ 部位 _____					
入所を希望する理由(複数回答可)				<input type="checkbox"/> 親族がまったくいないため		<input type="checkbox"/> 親族が生活の為に仕事に就いていて、十分な介護が困難なため					
介護期間				<input type="checkbox"/> 親族が未就学児の子や孫の世話をしている、十分な介護が困難なため		<input type="checkbox"/> 親族が高齢・病気・障害などで、十分な介護が困難なため					
				<input type="checkbox"/> 親族が他の者を介護していて介護が困難なため		<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・退院を迫られているが、自宅介護が困難なため		<input type="checkbox"/> その他( )					
				<input type="checkbox"/> 介護期間 _____ 年 _____ 月くらい (もしくは _____ 年 _____ 月くらいから)							

【様式2】

介 護 者	主たる介護者	(ふりがな) 氏名		性別	本人との関係		
				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			
		生年月日	明・大・昭 年 月 日( 歳)				
		同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(住所: ) 利用希望者の生活場所との距離:約 km( 時間 分)				
		利用希望者以外の要介護者がいる	<input type="checkbox"/> 常時の介護が必要 <input type="checkbox"/> 半日程度の介護が必要 <input type="checkbox"/> 時々介護が必要 <input type="checkbox"/> 無し				
者 の 状 況	主たる介護者の就労状況	主たる介護者の育児・家族の状況		主たる介護者の健康状態			
		<input type="checkbox"/> 8時間以上 <input type="checkbox"/> 4時間以上8時間未満 <input type="checkbox"/> 4時間未満 <input type="checkbox"/> 介護のために仕事をやめた <input type="checkbox"/> 無し		<input type="checkbox"/> 常時の育児(看病)が必要 <input type="checkbox"/> 半日育児(看病)が必要 <input type="checkbox"/> 時々育児(看病)が必要 <input type="checkbox"/> 65歳以上の高齢世帯のみ <input type="checkbox"/> 無し		<input type="checkbox"/> 介護者は健康である <input type="checkbox"/> 介護者が月に1回以上通院中 <input type="checkbox"/> 介護者が週に1回以上通院中 <input type="checkbox"/> 介護者自身が要介護者である	
		従たる介護者(主たる介護者をサポートしている方)	(ふりがな) 氏名		性別	本人との関係	
					<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
			生年月日	明・大・昭 年 月 日( 歳)			
同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(住所: ) 利用希望者の生活場所との距離:約 km( 時間 分)						
従たる介護者の介護状況	<input type="checkbox"/> 介護困難 <input type="checkbox"/> 多少介護が可能 <input type="checkbox"/> 介護可能						
別居している血縁者		<input type="checkbox"/> 血縁者なし <input type="checkbox"/> 介護困難 <input type="checkbox"/> 多少介護が可能 <input type="checkbox"/> 介護可能					
そ の 他	入所を希望する時期	<input type="checkbox"/> すぐに入所したい <input type="checkbox"/> ____年後には入所したい(____年____月ごろ)					
	申し込みの状況	<input type="checkbox"/> 当施設のみ <input type="checkbox"/> 他の施設に申し込んでいる、またはこれから申込み予定 <input type="checkbox"/> 小鳩園 <input type="checkbox"/> 三郷藤光苑 <input type="checkbox"/> しいの木の郷 <input type="checkbox"/> 三郷ガーデン <input type="checkbox"/> さくらの杜 <input type="checkbox"/> ガジュマルの郷 その他( )					
補足事項(介護状況の詳細やお困りの点など、自由にご記入ください)							

私は、入所申込みの際に「入所決定の手続き及び入所の必要性を評価する基準等」について、施設から説明を受けました。なお、入所待機中に他施設の入所が決定した場合や、要介護度・連絡先・介護状況などに変更があった場合は、速やかに連絡いたします。

申請日:令和 年 月 日 申請者氏名:

【様式3】

現病名		<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り ( ) かかりつけの医療機関 ( )	
既往歴 (今までにかかった大きな病気と、その時期)		* * * * * *	
医療処置の状況		<input type="checkbox"/> 経管栄養( 経鼻・胃ろう ) <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> ストマ( 人工肛門・人口膀胱 ) <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 感染症( ) <input type="checkbox"/> その他( )	
日常生活動作能力	視力	<input type="checkbox"/> 普通に見える <input type="checkbox"/> 人や物の動きが分かる	<input type="checkbox"/> やや悪い(メガネ使用含む) <input type="checkbox"/> 全く見えない
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通に聞こえる <input type="checkbox"/> 耳元で大声なら聞こえる	<input type="checkbox"/> 少し大声だと聞こえる <input type="checkbox"/> 全く聞こえない(補聴器使用含む)
	言語	<input type="checkbox"/> 普通に話ができる <input type="checkbox"/> 発語に不自由があり話ができない	<input type="checkbox"/> 発語に不自由あるが話ができる <input type="checkbox"/> 全く発語できない
	全般的動作	<input type="checkbox"/> 外出できる <input type="checkbox"/> 起きられるがあまり動かない	<input type="checkbox"/> 家の中なら移動できる <input type="checkbox"/> 寝たきり・ほとんど寝たきり
	移動	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器(シルバーカー)を使用 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 杖を使用 <input type="checkbox"/> 車いすを使用
		<input type="checkbox"/> 自立( 箸を使用・スプーンを使用 ) <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 毎回むせる <input type="checkbox"/> ときどきむせる <input type="checkbox"/> むせない	
	食事・水分	<input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> ミキサー	<input type="checkbox"/> 普通のおかず <input type="checkbox"/> ひとくち大のおかず <input type="checkbox"/> 刻み食 <input type="checkbox"/> 極刻み食 <input type="checkbox"/> ミキサー
		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 義歯使用( 上・下 ) <input type="checkbox"/> あるが使用せず	
	着脱衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> ボタンかけなど一部介助が必要 <input type="checkbox"/> 全面介助	<input type="checkbox"/> 指示すれば自分で可能 <input type="checkbox"/> ほとんど着せる
	入浴	<input type="checkbox"/> 一般浴( 浴槽をまたげる ) <input type="checkbox"/> 一般特浴( 座浴・中間浴など )	<input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 機械浴( ストレッチャー・リフトなど )
<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
排泄	<input type="checkbox"/> トイレ使用 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ使用 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 布パンツ <input type="checkbox"/> 尿パッド <input type="checkbox"/> 紙パンツ( 自己交換可・不可 ) <input type="checkbox"/> 紙おむつ( 常時・夜間のみ )	
	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 声掛けや誘導が必要 <input type="checkbox"/> トイレ内での介助が必要		
精神・認知症の状態	記憶・見当識の障害	自身の名前を <input type="checkbox"/> 言える <input type="checkbox"/> 言えない 家族の名前を <input type="checkbox"/> 言える <input type="checkbox"/> 言えない 自身の年齢を <input type="checkbox"/> 言える <input type="checkbox"/> 言えない	今日の日付を <input type="checkbox"/> 言える <input type="checkbox"/> 言えない 生年月日を <input type="checkbox"/> 言える <input type="checkbox"/> 言えない 現住所を <input type="checkbox"/> 言える <input type="checkbox"/> 言えない
	その他の症状	<input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 攻撃 <input type="checkbox"/> 自傷 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 奇声 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 意欲低下