

入所申込書

申込日 令和 年 月 日

ふりがな				男 ・ 女	生年月日			
氏名					M・T・S	・	・	歳
住所	〒				TEL			
ふりがな				続柄	勤務先			
代理人氏名					Tel () -			
住所	〒				TEL(自宅)			
					TEL(携帯)			
介護保険者	市・町・村		介護保険被保険者番号					
要介護状態区分	1・2・3・4・5			認定年月日		令和 年 月 日		
認定有効期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日							
負担限度額	第 段階		社会福祉法人等利用者軽減措置の有無		有・無			
年金の種類				個室希望		ある・ない・どちらでも可		
居宅介護支援事業所名称	TEL() -			介護支援専門員名				
介護認定や傷病歴等の過程をご記入下さい。	※年齢順にご記入ください。							
在宅介護生活が困難な事由	【要介護1又は2の方】 入所の要件として下記のいずれかに該当する事が必要です。該当すると思われる項目に印を付けて下さい。 <input type="checkbox"/> 認知症で、日常生活に支障を来す様な症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる。 <input type="checkbox"/> 知的・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来す様な症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる。 <input type="checkbox"/> 家族等による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、同居家族が高齢又は病弱等により、家族等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。							
家族の状況(本人以外)	同居の家族				別世帯の家族			
	氏名	年齢	続柄	勤務先	氏名	年齢	続柄	現住所
	(主介護者)							
個人情報、特例入所要件、入所の流れに関する同意及び説明確認欄	<p>●入所判定にかかわる、判定会議等での個人情報の使用について同意します。又、必要関係機関へ身体状況等に関する個人情報を提供及び収集することに同意します。</p> <p>●入所申込に特例入所の要件を満たさない場合は、通知と共に申込書類一式を返戻される事に同意します。</p> <p>●入所申込に際し入所申込みから入所契約までの流れについて、施設の担当者から説明を受けました。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>入所希望者名 ⑥ 代理人名 ⑥</p>							

～ 裏面もご記入ください ～

利用者情報書

日常生活動作の状況	食事	自立・一部介助・全介助		食事形態	(主食)ご飯・粥・ミキサー粥・鼻腔・胃ろう		入れ歯	無・有(上・下)		
		飲み込み	良・難有り		(副食)普通・大刻み・キザミ・ミキサー			部分入れ歯・総入れ歯		
		アレルギー	なし あり()			嗜好品			特記事項	
	歩行	<input type="checkbox"/> 自分で可(自力歩行) <input type="checkbox"/> 自分で可(杖歩行) <input type="checkbox"/> 自分で可(歩行器) <input type="checkbox"/> 一部介助(シルバーカー) <input type="checkbox"/> 自分で可(車椅子) <input type="checkbox"/> 一部介助(歩行) <input type="checkbox"/> 一部介助(車椅子) <input type="checkbox"/> 全介助(車椅子) <input type="checkbox"/> 全介助(ストレッチャー) *特記事項()								
		排泄	<input type="checkbox"/> 自分で可(トイレ) <input type="checkbox"/> 自分で可(ポータブルトイレ) <input type="checkbox"/> 一部介助(トイレ) <input type="checkbox"/> 一部介助(ポータブルトイレ) <input type="checkbox"/> 全介助(おむつ) <input type="checkbox"/> 全介助(バルーンカテーテル) *特記事項()							
入浴	<input type="checkbox"/> 自分で可(一般浴) <input type="checkbox"/> 一部介助(一般浴) <input type="checkbox"/> 全介助(一般浴) <input type="checkbox"/> 全介助(特浴)									
着脱衣	<input type="checkbox"/> 自分で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助									
身体状況	麻痺／拘縮	あり・なし 部位: 右・左・上肢・下肢								
	身長・体重	身長 cm 体重 kg								
	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 全盲 <input type="checkbox"/> 緑内障(右・左) <input type="checkbox"/> 白内障(右・左) <input type="checkbox"/> 眼鏡(有・無) <input type="checkbox"/> その他()								
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや難聴 <input type="checkbox"/> 難聴(右・左) <input type="checkbox"/> 補聴器(有・無)								
	言語	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少し不自由 <input type="checkbox"/> 不自由								
	床ずれ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(程度)								
認知症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(夜のみ) <input type="checkbox"/> 有(昼夜) <input type="checkbox"/> 問題行動(有り・なし)							認知症の生活自立度		
認知症状	<u>問題(周辺)行動があると答えた方は該当するものに○をつけてください。</u> ・被害妄想的である・作り話をする・幻視幻聴・感情不安定・昼夜逆転・暴言暴行・同じ話しをする・大声を出す ・介護に抵抗・常時の徘徊・落ち着きなし・外出しても戻れない・一人で外に出たがる・物を集める癖がある ・火の不始末・不潔行為(おむついじり等)・物等を破損する・何でも口に入れたりする・性的迷惑行為をする ・ひどい物忘れがある・その他()									
現在の居場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設() 入所 年 月 日 ～ 年 月 日 退所予定 <input type="checkbox"/> 病院() 入院 年 月 日 ～ 年 月 日 退院予定									
◎入院や手術等の既往歴・現病名			◎医療状況 気管切開・経管栄養(鼻腔・胃ろう)・人工肛門・膀胱ろう・在宅酸素・人工透析 その他:インシュリン注射(有・無)			◎現在使用の薬剤(薬品名記入)				
りんごの郷でどのような生活を望みますか?										
【添付書類】 ※利用票は、現在入院(入所)中の方はにおいて入院(入所)前のものをお願いします。 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証の写し <input type="checkbox"/> 過去2ヶ月の介護保険サービス利用票(別票含む)の写し <input type="checkbox"/> 情報提供書(こちらの書式は介護支援専門員や相談員等、担当の方に記入をお願いします。) <input type="checkbox"/> 介護認定情報及び主治医意見書										
【お願い】 ●入所申込書の有効期間として、申込日から要介護認定終了期間までとさせていただきます。尚、入所申込の継続を希望される方は要介護認定後、改めて入所申込をお願いします。 <u>要介護認定期間終了後、1ヶ月以内に必ずご提出願います。1ヶ月以内にご提出の無い場合は、入所申込をご辞退されたものと判断させていただきますので、ご注意ください。</u> ●入所申込は、申込書と添付書類を全て提出いただいた上で受付とさせていただきますのでご了承ください。 ※不明な点や他施設へ入所決定した場合等ありましたら、特養入所担当までご連絡ください。(TEL 026-296-1165)										