

# 特別養護老人ホーム うつくしの里 入所申込書

申込日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

添付書類を添えて申し込みをお願いします。

添付書類 1.個人情報取り扱いに関する同意書 2.在宅サービス利用票(該当者のみ)

添付書類や記載された内容が事実と異なる場合は、入所できない場合がありますのでご注意ください。

## 入所希望者の状況

フリガナ			性別	生 年 月 日			
氏名			男・女	大正・昭和	年	月 日生 ( 歳)	
住所	〒	-	電話番号				
本人の受給年金	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 共済年金 <input type="checkbox"/> その他( )						
介護保険被保険者番号			保険者(市町村)				
介護度	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5						
認定期間	年 月 日		～	年 月 日			
介護保険負担割合証	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割		負担限度額認定証		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
障害手帳	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		社会福祉法人減免証		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
<input type="checkbox"/> 該当の方はレをしてください <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 成年後見制度(後見・保佐・補助・任意後見)							
住まいの状況	<input type="checkbox"/> 在宅(サービス利用表、別表 直近3カ月分のコピーを添付してください)						
	居宅介護支援事業所:			ケアマネージャー:			
	※サービス付き高齢者住宅、住宅型有料老人ホームは在宅となります 施設名 _____ 入所日 _____ 年 _____ 月 _____ 日						
	<input type="checkbox"/> 病院に入院中又は施設に入所中 (老人保健施設、介護医療院、介護付き有料老人ホーム、グループホーム、ケアハウス等)						
	病院名・施設名:		病名	期間	年	月	日～ 年 月 日
	病院名・施設名:		病名	期間	年	月	日～ 年 月 日
病院名・施設名:		病名	期間	年	月	日～ 年 月 日	
病院名・施設名:		病名	期間	年	月	日～ 年 月 日	
病院名・施設名:		病名	期間	年	月	日～ 年 月 日	
現在の入院先のソーシャルワーカー 氏名 _____							
既往歴・現病歴(発症時期・経過等も記入ください)							
医療処置	<input type="checkbox"/> 経管栄養(鼻腔・胃ろう) <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 褥瘡(床ずれ) <input type="checkbox"/> 尿カテーテル <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 医師による注射( ) <input type="checkbox"/> 糖尿病 [食事療法・内服・インシュリン注射( 固定・変動 )( 回/日)] <input type="checkbox"/> その他( )						
主治医							

居室の希望	<input type="checkbox"/> 個室 <input type="checkbox"/> 多床室 <input type="checkbox"/> 個室が空くまで多床室で可 <input type="checkbox"/> 多床室が空くまで個室でも可	
精神状況について	<input type="checkbox"/> 物忘れ <input type="checkbox"/> 同じことをいう <input type="checkbox"/> 意思の疎通が困難 <input type="checkbox"/> 独りごとをいう <input type="checkbox"/> 夜眠れない <input type="checkbox"/> 感情不安定 <input type="checkbox"/> ベッドから転落する <input type="checkbox"/> よく転倒する <input type="checkbox"/> 歩き(はい)まわる <input type="checkbox"/> 外出して戻れない <input type="checkbox"/> 外へ出たがる <input type="checkbox"/> 介護に抵抗 <input type="checkbox"/> 収集癖 <input type="checkbox"/> トイレ以外で放尿する <input type="checkbox"/> 自分の体を傷つける <input type="checkbox"/> うつ傾向にある <input type="checkbox"/> 実在しないものが見え、声が聞こえる <input type="checkbox"/> 事実でないことを事実と思い込む <input type="checkbox"/> 不安が強く人を呼ぶことが多い <input type="checkbox"/> 落ち着きない <input type="checkbox"/> 興奮しやすい <input type="checkbox"/> 性的迷惑行為 <input type="checkbox"/> 便を触ってしまう <input type="checkbox"/> 食品以外のものを食べる <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 大声、奇声 <input type="checkbox"/> 物を壊す	
身体機能について	食事	<input type="checkbox"/> 自分で食べる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	排泄	<input type="checkbox"/> トイレ( <input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 介助) <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ( <input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 介助) <input type="checkbox"/> オムツ
	歩行	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 介助があればできる( <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー) <input type="checkbox"/> できない
	起き上がり	<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 支えがあれば起きれる <input type="checkbox"/> 全介助
	その他身体状況	<input type="checkbox"/> 麻痺( <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> 言語障害 <input type="checkbox"/> 嚥下障害(飲み込みが悪い) <input type="checkbox"/> 視力障害 <input type="checkbox"/> 難聴
入所について特に配慮して欲しい事項等		

連絡先及び主介護者の状況

連絡先	氏名	続柄( )		性別	男・女	生年月日	M T S	年	月	日	
	住所	〒 -		( 歳 )							
	携帯電話	自宅									
状況	健康状態	<input type="checkbox"/> 要介護状態(要介護 ) <input type="checkbox"/> 要支援状態(要支援 ) <input type="checkbox"/> 障害を有する( 種 級) 障害の名称( ) <input type="checkbox"/> 病气(就労困難、家事等日常生活が送れない程の状態の方は記入ください) ( )									
	就業状況等	<input type="checkbox"/> 就業している <input type="checkbox"/> 介護に専従している <input type="checkbox"/> 育児を行っている <input type="checkbox"/> 複数の介護をしている									
家族等の状況	家族図	氏名	続柄	年齢	同居の有無						
	※第2親等まで記入ください					( 同居・別居 在住)					
					( 同居・別居 在住)						
					( 同居・別居 在住)						
					( 同居・別居 在住)						
					( 同居・別居 在住)						

男本人  女本人  男  女  男死亡  女死亡 同居は困む

※以下には記入しないで下さい

メモ				
点数	1	2	3	総合評価/合計点
				①
受付日	年	月	日	②