

# 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

特別養護老人ホームうつくしの里 様

## 同 意 書

個人情報について、必要あるときは、市町村、担当ケアマネジャー、  
他の介護保険施設等の関係人より取得すること及び提出された申込書等  
を提示することについて同意します。

令和 年 月 日

氏 名 ⑩

代理人氏名 ⑩

続柄 ( )