

記入例

社会福祉法人刈谷田福祉会 特別養護老人ホームいずみ苑・特別養護老人ホームみやざわ苑 共通入居申込書

申込日	1年7月1日			
受付日	年 月 日			
入居希望施設	所在地	電話番号	担当	備考
<input type="checkbox"/> 特養いずみ苑	長岡市栢尾泉419番地2	0258-53-2211	生活相談員・介護支援専門員	
<input type="checkbox"/> 特養みやざわ苑	長岡市栢尾宮沢1778番地	0258-52-2500	生活相談員・介護支援専門員	長岡市民に限る

入居希望者	ふりがな	イズミ エンイチ	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	氏名	泉 苑一	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 10年10月1日生
	住所	〒940-0233 長岡市栢尾宮沢1778	電話番号	0258-53-0000
申込者 (代理人)	ふりがな	ミヤザワ ソノコ	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女
	氏名	宮沢 苑子	続柄	子
	住所	〒 -	自宅電話番号	0258-53-0000
			携帯電話番号	090-0000-0000
			勤務先	(株)0000

要介護1～2該当入居要件 認知症 知的障害 精神障害 家族の虐待 単身 同居家族が高齢・病弱等
申込理由 (、要介護1～2のかたは特別養護老人ホーム以外での生活が著しく困難な理由)
日中は家族が不在。昼夜問わず徘徊しケガが絶えないこと、家族の介護疲れが著しいため。

緊急時連絡先	第1連絡	氏名	宮沢 苑子	続柄	同上
		住所	〒 -	自宅電話番号	同上
			同上	携帯電話番号	同上
	第2連絡	氏名	栢尾 二郎	続柄	弟
		住所	〒940-0234 長岡市栢尾泉0000	自宅電話番号	0258-53-0000
				携帯電話番号	090-0000-0000

同居者	氏名	年齢	続柄	職業(勤務先・電話番号)
	宮沢 苑子	48	子	(株)0000商事
	" 〇〇	47	子の夫	(有)0000
	" 〇〇	17	孫	〇〇〇高校2年

住居	種別	<input checked="" type="checkbox"/> 戸建 (<input type="checkbox"/> 通常 <input checked="" type="checkbox"/> 高床) <input type="checkbox"/> マンション <input type="checkbox"/> アパート <input checked="" type="checkbox"/> 公営住宅
	居室	<input checked="" type="checkbox"/> 1階 <input type="checkbox"/> 2階 <input type="checkbox"/> その他 (階)

介護保険	被保険者番号	8'6'0'0'0'0'0'0'0'0'0'0'0	保険者	<input type="checkbox"/> 長岡 <input type="checkbox"/> 見附 <input type="checkbox"/> 三条	認定日	R 1年 1月 1日	
	要介護度	要支援 (<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2) 要介護 (<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5)					
	認定有効期間	令和 1年 2月 1日 から令和 4年 1月 31日 まで					
	負担限度額認定証	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (一日の食費 円)			負担段階	4	
	障害高齢者の日常生活自立度 (寝たきり度)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input checked="" type="checkbox"/> B2 <input checked="" type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2					
	認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input checked="" type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M					
	ケアマネジャー	氏名	〇〇 〇〇	事業所	〇〇〇〇〇〇	電話番号	53-0000
	利用中のサービス	事業所名	回/週	利用中のサービス	事業所名	回/週	
	<input checked="" type="checkbox"/> 通所(デイ)	〇〇 デイサービスセンター	3	<input checked="" type="checkbox"/> 訪問介護	〇〇〇〇〇	2	
	<input type="checkbox"/> 通所リハビリ			<input checked="" type="checkbox"/> 訪問看護	△△△△	1	
<input type="checkbox"/> 短期入所			<input type="checkbox"/> その他()				

記入例

 短期入所

 その他

健康保険	<input checked="" type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> その他 ()			番号	
	医療限度額適用・標準負担額減額認定証		<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (区分 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II)		
医療費助成	<input type="checkbox"/> 県障 (重度心身障害者) <input type="checkbox"/> 特定疾患医療				
身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (1 種 1 級、障害名 上下肢不自由)				
精神障害者手帳	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B)		療育手帳	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級)	
年金	<input checked="" type="checkbox"/> 老齢 (<input type="checkbox"/> 国民 <input checked="" type="checkbox"/> 厚生 <input type="checkbox"/> 共済) ・ <input type="checkbox"/> 障害 (<input type="checkbox"/> 国民 <input type="checkbox"/> 厚生 <input type="checkbox"/> 共済)			金額	
	<input type="checkbox"/> 遺族 (<input type="checkbox"/> 国民 <input type="checkbox"/> 厚生 <input type="checkbox"/> 共済) ・ <input type="checkbox"/> その他 ()			1,150,000円	
現在の居所	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅 (<input type="checkbox"/> 単身 <input checked="" type="checkbox"/> 同居) ・ <input type="checkbox"/> 施設 (病院名【 】 年 月から入所 (院) 中				
かかりつけ医	医師名	〇〇 〇〇	医療機関	〇〇医院	電話番号 53-〇〇〇〇
特別な医療等	なし ()				
病歴	病名	入院・通院医療機関	治療中・終了	時期・経過	
	高血圧症	〇〇医院	<input checked="" type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 終了	平成18年4月～	
	脳梗塞	〇〇病院	<input checked="" type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 終了	平成25年5月5日	
	アルツハイマー型認知症	△病院	<input checked="" type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 終了	平成26年10月5日	
	右大腿骨頸部骨折	□□□病院	<input type="checkbox"/> 治療中 <input checked="" type="checkbox"/> 終了	平成24年12月	
認知症	認知症の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	認知症の診断名	アルツハイマー型認知症	
	受診状況	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	医 (病) 院名	△病院	主治医 △△ △△
	経過	平成26年6月頃から物忘れが目立つようになり、同年9月頃から屋外の徘徊が始まった。同年10月5日に△病院を受診し、アルツハイマー型認知症と診断され、以来薬を飲んでいる。			
	症状等	<input checked="" type="checkbox"/> 被害的になる <input type="checkbox"/> 話しを作る <input checked="" type="checkbox"/> 感情が不安定 <input checked="" type="checkbox"/> 昼と夜が反対 <input checked="" type="checkbox"/> 同じ話しを繰り返す <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 介護に抵抗 <input checked="" type="checkbox"/> 落ち着きなし <input checked="" type="checkbox"/> 一人で出たがる <input type="checkbox"/> 物を集める <input type="checkbox"/> 物や服を壊す <input type="checkbox"/> ひどい物忘れ <input type="checkbox"/> 独り言 <input type="checkbox"/> 自分勝手に行動 <input type="checkbox"/> 話しがまとまらない			
日常生活動作	寝返り	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 (内容)		入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 介助 (内容 出入り)
	移動	<input type="checkbox"/> 歩行可 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input checked="" type="checkbox"/> 手引き		排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 介助 (内容 全て)
		<input type="checkbox"/> 車イス (<input type="checkbox"/> 自操 <input type="checkbox"/> 介助)		着替え	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 介助 (内容 全て)
	食事	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 (内容)		言語	<input type="checkbox"/> 普通 <input checked="" type="checkbox"/> よく話せない <input type="checkbox"/> ほぼ話せない
		<input type="checkbox"/> 普通 <input checked="" type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> ソフト食 <input type="checkbox"/> ミキサー むせ <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有		会話	<input type="checkbox"/> 普通 <input checked="" type="checkbox"/> どうか可 <input type="checkbox"/> 不可
		視力	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 見えにくい <input type="checkbox"/> ほぼ見えない		
性格・対人関係	<input type="checkbox"/> 社交的 <input type="checkbox"/> 内向的 <input type="checkbox"/> 明るい <input checked="" type="checkbox"/> おとなしい <input type="checkbox"/> 頑固 <input type="checkbox"/> やさしい <input type="checkbox"/> 気難しい <input checked="" type="checkbox"/> まじめ		聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input checked="" type="checkbox"/> 聞こえにくい <input type="checkbox"/> ほぼ聞こえない	
	<input type="checkbox"/> おおらか <input type="checkbox"/> 細かいことを気にする <input type="checkbox"/> 話し好き <input type="checkbox"/> 一人が好き <input type="checkbox"/> 人の輪にいるのが好き				
入所時期の希望		<input checked="" type="checkbox"/> 今すぐ入居したい <input type="checkbox"/> 年 月頃に入所したい <input type="checkbox"/> 急いでいない (将来必要時)			
【希望する援助や生活やケアについての意向・要望等 (何でもお書きください)】					
自分でできることはなるべく自分でできるように支援してほしい。交流の機会を多くしてほしい。					

【説明確認及び情報収集に係る同意】

私は、入居申込に際し、下記の説明を受けました。

- 入居申込から入居契約までの手続き
- 入居順位の決定のしかた

私 (入居希望者本人及びその家族等) に関する情報を市町村、担当居宅介護支援事業所 他の介護施設及び医療機関から収集し、さらに関係機関に対し提供することに同意します。

令和 元 年 1 月 1 日

利用者氏名

泉 苑一

申請者 (代理人) 氏名

宮沢 苑子

