

介護老人福祉施設 特別養護老人ホーム千葉福寿園入所申込書

施設名
特別養護老人ホーム千葉福寿園 所長 殿

申込日	平成 年 月 日
受付日	平成 年 月 日
受付者	

入所を希望しますので、下記の通り申し込みします。

入所希望者	ふりがな			男 ・ 女	生年月日					
	氏名			明・大・昭	年	月	日	(歳)		
	住所	〒 -						(TEL)		
								(FAX)		
	介護保険被保険者番号									
	保険者番号									
	要介護度	(1 ・ 2) ・ 3 ・ 4 ・ 5 ↓ ※要介護1・2の方は、以下のいずれかに該当する場合のみ入所(特例入所)が可能です。該当する場合にはこの内容に☑をし、()内に詳しい状況を記載下さい。記入がない場合「特例入所」に該当しないとみなされ入所対象から外れますのでご了承下さい。 <input type="checkbox"/> 認知症である者であって、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる。 <input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られる。 <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・安心の確保が困難な状態である。 <input type="checkbox"/> 単身世帯であるか、同居家族が高齢又は病弱である等により家族等による支援が期待できず、かつ、地域でのサービスや生活支援の供給が十分に認められない事により、在宅生活が困難な状態である。 { }								
	認定年月日	平成 年 月 日			認定の有効期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日				

※上記(初回要介護認定年月日以外)は、入所希望者の介護保険被保険者証から転記願います。

申込者	住所	〒 -		(TEL)	
				(FAX)	
				(携帯)	
	ふりがな			入所希望者との関係	
	氏名				
施設申込状況	<input type="checkbox"/> 当施設のみ <input type="checkbox"/> 他施設も申し込んでいる(予定も含む。) 申し込んでいる(申し込む予定)他施設				

入所希望者等の状況

入所希望者名

※ 該当するものに☑のうえ状況をご記入下さい。

現在の居所	<input type="checkbox"/> 自宅で1人で暮らしている。 <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている。 <input type="checkbox"/> 老健などの施設や病院に入っている。 病院(介護保険外)・養護老人ホーム・軽費老人ホーム 介護老人福祉施設・介護老人保健施設 介護療養型医療施設・有料老人ホーム・グループホーム 介護保険除外施設・その他 施設又は病院名() 施設等へ入所又は入院した時期(平成 年 月 日から)	
入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐにも入所したい <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日頃までには	
入所を希望する理由 (該当するものに複数でもよいので選んで下さい)	<input type="checkbox"/> 介護する者がいない <input type="checkbox"/> 介護する者が遠く離れたところに住んでいるため(場所:) <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢(才)」、「障害」、「病気」等により介護することが困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者が就労していて介護することが困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者の身体的・精神的負担が大きい <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護をすることが困難なため <input type="checkbox"/> 施設や病院から退所(退院)を求められているため <input type="checkbox"/> その他()	
医療に関する状況	(特別な医療的対応) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 人口透析 <input type="checkbox"/> 人口肛門 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> その他() (現在治療中の病気等) (その他健康状態に関する特記事項)	
認知症等による問題行動 (問題行動の起きる頻度にも☑を付けて下さい)	<input type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 不穏行動 <input type="checkbox"/> 自傷行為 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> ほとんど毎日 <input type="checkbox"/> 週3~4回程度 <input type="checkbox"/> 週1~2回 <input type="checkbox"/> 月数回程度	
介護に関する状況	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	排泄	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 紙パンツ <input type="checkbox"/> オムツ
	移動	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車椅子
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	衣服着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや見えにくい <input type="checkbox"/> かなり見えにくい <input type="checkbox"/> まったく見えない
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや聞きにくい <input type="checkbox"/> かなり聞きにくい <input type="checkbox"/> まったく聞えない
意思の伝達	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや伝えにくい <input type="checkbox"/> かなり伝えにくい <input type="checkbox"/> まったく伝えられない	
在宅サービス利用状況 (月利用率)	<input type="checkbox"/> 訪問介護(訪問ヘルパー) (月に 回程度) 事業者名() <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 (月に 回程度) 事業者名() <input type="checkbox"/> 訪問看護 (月に 回程度) 事業者名() <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション (月に 回程度) 事業者名() <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 (月に 回程度) 事業者名() <input type="checkbox"/> 通所介護(デイサービス) (月に 回程度) 事業者名() <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション (月に 回程度) 事業者名() <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護(ショートステイ) (月に 回程度) 事業者名() <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 (月に 回程度) 事業者名() <input type="checkbox"/> 福祉用具の貸与・購入費支給 品名() <input type="checkbox"/> 在宅改修の状況 その他()	

介護者の状況

入所希望者名

介護者の状況	ふりがな		男	大・昭・平	続	
	氏名		女	年 月 日	柄	
	居住関係	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 (住所: _____) 入所希望者宅までの所要時間(_____ 分)				
	就労状況	<input type="checkbox"/> 就労していない <input type="checkbox"/> 就労している(常勤・非常勤・パート 週 _____ 日、週 _____ 時間程度)				
	健康状況	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病弱・慢性疾患等で定期的に通院中 : 病名 _____ ・ 入院していないが継続的な治療を要する : 病名 _____ ・ 要入院加療(_____ か月程度 : 病名 _____)				
	身体状況	<input type="checkbox"/> 障害有 (_____ 級・障害の種類: _____) <input type="checkbox"/> なし				
	要介護度	<input type="checkbox"/> 有 (要支援1・2 ・ 要介護度 1・2・3・4・5) <input type="checkbox"/> なし				
	他に対応を要する家族の有無	<input type="checkbox"/> 育児の必要な家族がいる。(子供の年齢 _____ 歳) <input type="checkbox"/> 3ヶ月以上看病(付き添い)の必要な家族がいる。(自宅療養・入院中) <input type="checkbox"/> 入所希望者以外に介護の必要な家族がいる。(要支援・要介護 _____) <input type="checkbox"/> 介護の必要な障害を有する家族がいる。(_____ 級・種類: _____)				
介護協力者の有無	<input type="checkbox"/> 同居親族に協力者がいる。 <input type="checkbox"/> 同居以外の親族に協力者がいる。 <input type="checkbox"/> 親族以外の協力者がいる。 <input type="checkbox"/> 協力してくれる人はいない。					
【介護をされていて困っていること、その他特記事項をお書き下さい。】						
担当ケアマネージャー		事業所名				
		電話番号				
		氏名				

家族構成

続柄	氏名	生年月日	就労状況等
ご本人		明・大・昭・平	
		年 月 日	
		明・大・昭・平	
		年 月 日	
		明・大・昭・平	
		年 月 日	
		明・大・昭・平	
		年 月 日	
		明・大・昭・平	
		年 月 日	
		明・大・昭・平	
		年 月 日	