整理番号

受付日：令和　　年　　月　　日

受付者：　　　　　　　　　　㊞

入　所　申　込　書

社会福祉法人登米福祉会

特別養護老人ホーム登米苑　施設長　殿

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **入所希望者（申込者）** | | | | | | | | | 申込年月日：令和　　　年　　　月　　　日 | | | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | | | | 性別 | | 生　年　月　日 | | | |
| 氏　　　名 |  | | | | | | | | | 男  女 | | Ｍ Ｔ Ｓ　　　　　年　　　月　　　日  　　　　　　　　 　（　　　　歳） | | | |
| 住　　　　所 | 〒　　　　　－  　登米市  電話番号　　　　　（　　　） | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護保険  認定状況 | 介護保険被保険者番号 | | | | |  | | | | | | | | | |
| 要　介　護　度 | | | | | ３ ・ ４ ・ ５ ・ 更新申請中,区分変更申請中 （特例）１ ・ ２ | | | | | | | | | |
| 有効認定期間 | | | | | 令和　　　年　　　月　　　日 ～ 令和　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | |
| 居宅介護支援  事業者 | 有 ・ 無 | | | 事業所名 | | |  | | | | | | | | |
| 担当ｹｱﾏﾈｰｼﾞｬｰ | | |  | | | | | | | | |
| 入所居室希望形態 | | □ ユニット型個室　　　□ 従来型個室　　　□ どちらでも | | | | | | | | | | | | | |
| 他施設の  申込み状況 | □ 当施設のみ申込み  □ 他の施設も申込んでいる（施設名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □ 今後申込む予定　　　　（施設名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | |
| **申込み代行者**（申込者が本人でない場合は、下の欄にお書きください。） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏　　　名 |  | | | | | | | 入所希望者との続柄 | | | | | |  | |
| 住　　　所 | 〒　　　　　－  　登米市  電話番号　　　　　（　　　） | | | | | | | | | | | | | | |
| **同意書・確認欄** | | | | | | | | | | | | | | | |
| ①入所希望者・介護者を円滑に支援するため、登米市及び介護保険サービスの提供に際して、必要な情報を  関係する機関又は介護サービス事業者等に、この申込み内容を情報提供することに同意します。  ②入所の待機中に、貴施設以外に入所した場合、または、要介護度や連絡先等に変更があった場合は速やかに  連絡いたします。  令和　　　年　　　月　　　日  　氏　　　名 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入所申込現況調査書 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入所希望者氏名 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 記入者氏名 | （続柄） | | | | | | | | | | | | | | |
| 現在の状況 | □ ひとり暮らし　 □ 夫婦・高齢（65歳以上）世帯　 □ 家族と同居  □ 老健・グループホーム・宅老等　　□ その他（　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | |
| □ 施設又は病院に入っている方  ①所在地（市町村名のみ）  ②施設名また病院名：  ③入所または入院期間：令和　　　年　　　月から | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護者の状況  （お世話している方） | 性別（年齢） ： □ 男（　　　）歳　　□ 女（　　　）歳 | | | | | | | | | | | | | | |
| 入所希望者との続柄 ： □ 配偶者　□ 息子　　□ 娘　　□ 嫁  □ その他（　　 　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | |
| 同居・別居の別 ： □ 同居　　□ 二世帯住居  　□ 別居（住所：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | |
| 就業状況 ： □ 就業している  （就業先：　　　　　　　　　　時間帯：　　　 　　　）  　　　　 　 □ 就業していない | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療の状況 | ①現在の状況 | | | | □ 点滴の管理　□中心静脈栄養　□経管（鼻腔）栄養　　□ 胃ろう　　□ 在宅酸素　□ 吸引　□カテーテル　□ 褥瘡　　□ インスリン注射　　□ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　）  現在治療中の病気・特記事項等  （　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | |
| ②現在までの主な病気 | | | | □ 脳梗塞　　□ 高血圧　　□ 糖尿病　　□ 心疾患　　□ 結核  □ リウマチ　　□ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  かかりつけ医師（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | |
| 本人の状況  本人の状況  本人の状況 | 視力 | | | | □ 普通　　□ やや見えにくい　　□ 非常に見えにくい  □ 補助具（ 眼鏡 ・ 拡大鏡 ・ その他　　　　　　　）を使用 | | | | | | | | | | |
| 聴力 | | | | □ 普通　　□ やや聴こえにくい　　□ 非常に聴こえにくい  □ 補助具（ 補聴器 ・ その他　　　　　　　）を使用 | | | | | | | | | | |
| 発語 | | | | □ 普通　　□ やや発語しにくい　　□ 非常に発語しにくい | | | | | | | | | | |
| 移動 | | | | □ 自立（ □ 杖 ・ □ シルバーカー ）　　□ 一部介助  □ 車椅子使用（ □ 自繰 ・ □ 介助 ）　　□ リクライニング  □ 大半がベッドで生活 | | | | | | | | | | |
| 食事 | | | | □ 自立　　□ 一部介助　　□ 全介助 | | | | | | | | | | |
| 主食：□ ご飯　　□ 粥　　□ ミキサー粥　　□　流動食  副食：□　普通　□　一口大　□　刻み　□　ミキサー  □　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | |
| 排泄 | | | | □ 自立　　□ 誘導　　□ 一部介助　　□ 全介助 | | | | | | | | | | |
| □ トイレ □ ポータブルトイレ □ 尿器・便器　□ オムツ  □ リハビリパンツ  夜間 □ トイレ □ ポータブル □ 尿器・便器 □ オムツ  □ リハビリパンツ | | | | | | | | | | |
| 入浴 | | | | □ 自立　　□ 一部介助　　□ 全介助 | | | | | | | | | | |
| * 一般浴　　□中間浴　　□ 特別浴 | | | | | | | | | | |
| 着替え | | | | □ 自立  （ □ ひとりで選んで更衣できる ・ □ 準備されたものは更衣できる ）  □ 一部介助　　□ 全介助 | | | | | | | | | | |
| 現在の運動能力 | | | | □ 1人でどこかに出かける事ができる。  □ 家の中は自由に移動できるが、外に出かけることはない。  □ ベッドから起き上がり、そばの椅子に腰掛けることができるが自由に  家の中を移動することはできない。  □ 通常、ベッドに横になっているが、移乗・移動について介助があれば  行うことができる。  □ 一日中ベッドから離れることができないが寝返りは自分で出来る。 | | | | | | | | | | |
| 認知・問題行動等 | | | | * 徘徊　　　　□ 昼夜逆転　　□ 無気力　　□ 暴力・暴言 * 被害妄想　　□ 不潔行為　　□ ひどい物忘れ * 介護への抵抗　　□　その他（　 　　） | | | | | | | | | | |
| 認知の状態 | | | | * 特に問題はない。 * 物忘れがあったり、行動につじつまが合わないことがあるが、日常生活には支障がない状態。 * 道に迷う、買い物や金銭管理ができない、電話の対応や客の対応など1人で留守番ができない状態。 * 着替え、食事、排泄といった日常生活が上手くできず、意思の疎通が困難なため、介護の手が必要な状態。 * 日常生活において【 火の不始末、自傷行為、物集め、物取り 】   その他（　　　　　 　　　　　）などで、常に目が離せない状態。  ※【　】内のあてはまる内容を○で囲んで下さい。  あてはまらない状況については（　）内に記入して下さい。 | | | | | | | | | | |
| 介護保険サービス利用状況 | | | | □ 利用している  　　□ 訪問介護　□ 訪問入浴　□ デイサービス　□ ショートステイ  　□ 福祉用具貸与　　□ その他（　 　）  □ 利用していない | | | | | | | | | | |
| 住居状況 | | | | □ 持ち家（ 本人 ・ 家族 ）　□ 借家 ・ 貸マンション ・ アパート  □ 社宅 ・ 寮　　　□ その他（ 間借り ・ 下宿 ・ その他 ） | | | | | | | | | | |
| 経済状況 | | | | □ 年　金　　種類　　　　　　　　　　　　年額　　　　　　　　円  □ 恩給等　　種類　　　　　　　　　　　　年額　　　　　　　　円 | | | | | | | | | | |
| その他収入 | | □ 不動産収入（　　　　　　　　　　　　　　円）  □ 利子・配当収入（　　　　　　　　　　　　円）  □ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| 利用料の  支払い | | □ 本人の年金から　　　　□ 家族で一部負担  □ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| 前年の課税状況 | | | | 〇所得税　　　　年　　　　　　　　　　　　　円  〇住民税　　　　年　　　　　　　　　　　　　円 | | | | | | | | | | |
| 入所希望の  理 由 | □ 介護する者がいないため  □ 介護する者が、「高齢」、「障害」、「疾病」等により十分な介護が困難なため  □ 介護する者が就労していることから、十分な介護が困難なため  □ 介護する者が遠方に居住していることにより十分な介護が困難なため  □ 居住環境の事情により十分な介護が困難なため  □ 施設や病院等から退所を求められているが自宅での介護が困難なため  □ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | |
| 保証人  身元引受人 | フリガナ | |  | | | | | | | | 性別 | | 関係（続柄） | | 入所希望者と |
| 氏　名 | |  | | | | | | | | 男  女 | |  | | □ 同　居  □ 別　居 |
| 生年月日 | | 明治  大正　　　　年　　　月　　　日  昭和　　　　　　（　　　　歳） | | | | | | | | 職業 | |  | | |
| 住　所 | | 〒　　　　－  電話番号　　　　　　　　　　　　　　携帯番号 | | | | | | | | | | | | |
| 提出書類 | 〇介護保険者証（写）　　※申込書提出時に必ず添付願います。  〇負担割合証（写）  〇サービス提供票（写）　※介護保険サービスを利用されている方のみ提出願います。 | | | | | | | | | | | | | | |

家　族　調　書

入所希望者氏名

　家　族　状　況

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | 続柄 | 生年月日 | 年齢 | 勤務先 | 電話番号 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

近親者の状況（施設入所に対しての主な協力者）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | 続柄 | 生年月日 | 年齢 | 勤務先 | 電話番号 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

生　活　歴

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |