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

ケアハウス登米　施設長　殿

ケアハウス登米に入所したいので申込みします。

　　　申込日：令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 性別 | 生　年　月　日 |
| 入所希望者氏　　　名 |  | 男女 | □明治□大正　　　　年　　　月　　　日□昭和　　　　　　　（　　　　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 | □１　□２　□３　□４　□５　□更新申請中・区分変更申請中 |
| 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 |  |
| 現在の状況 | □ ひとり暮らし　 □ 夫婦・高齢世帯　 □ 家族と同居　 □ その他（　　　　　　　　） |
| □ 施設又は病院に入っている　 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 |
| 医療の状況 | ①現在の状況 | □ 経管（鼻腔）栄養　　□ 胃ろう　　□ 在宅酸素　　□ 吸引□ 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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 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 ）□ 大半がベッドで生活 |
| 食事 | □ 自立　　□ 一部介助　　□ 全介助 |
| □ 普通食　　□ 粥・刻み　　□ ミキサー食 |
| 排泄 | □ 自立　　□ 誘導　　□ 一部介助　　□ 全介助 |
| オムツ等使用　□ 有（ □常時 ・ □ 夜間のみ）　　□ 無 |
| 入浴 | □ 自立　　□ 一部介助　　□ 全介助 |
| * 一般浴　　□ 機械浴
 |
| 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 |
| 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（　　　　　　　　　）
 |
| 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 |
| 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 | □大正　　　年　　　月　　　日□昭和　　　　　（　　　　歳） | 職業 |  |
| 住　所 | 〒　　　　－電話番号　　　　　　　　　　　　　　携帯番号 |
| 家族状況住居状況 | 氏　　名 | 続柄 | 同居 | 住　　所 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| □ 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 | ・所得税　　　　年　　　　　　　　円　　　・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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

【同意・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

入所希望者氏名

代筆者氏名

関係（続柄）

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

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