

指定介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム) 天生 入所申込書

お申込日	年 月 日	受付日	年 月 日
ご住所	〒 ー		
電話	()	携帯電話	()
フリガナ 申込者氏名	Ⓜ	本人との関係	
入所希望者本人の同意の有無		有 ・ 無	

※ 原則として入所申込み者は本人及びご家族、または代理者となります。

※ 申込者の方を今後の連絡先とさせていただきます。他の連絡先のご希望がある方はお申し出下さい。

貴施設へ入所を希望し次のとおり申込み致します。

入所希望者状況	フリガナ		性別	男 ・ 女
	氏名		生年月日	明・大・昭 年 月 日
	現住所	〒 ー		
	介護保険被保険者番号		保険者	
	要介護度	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5	保険者番号	
	要介護認定期間	年 月 日から	年 月 日まで	
	現状	受給年金種類 月額： 円 単独世帯 ・ 高齢者世帯 ・ 家族と同居(続柄) 介護保険施設や病院等に入所(院)中 施設(病院)名称： 入所(院)の時期： 年 月 日から 担当居宅介護支援事業所・担当者：		
主たる介護者	フリガナ		性別	男 ・ 女
	氏名		生年月日	大・昭・平 年 月 日
	同居の別	同居 ・ 別居	本人との関係	
	現住所	〒 ー		
	電話	()	携帯電話	()
介護者の意見 (介護の困難事由)				
身元引受人	フリガナ		性別	男 ・ 女
	氏名		生年月日	大・昭・平 年 月 日
	同居の別	同居 ・ 別居	本人との関係	
	現住所	〒 ー		
電話	()	携帯電話	()	
申込状況	<input type="checkbox"/> 当施設のみ申込み ・ <input type="checkbox"/> 他の特別養護老人ホームに申し込んでいる、または今後申し込む予定 施設名：			
同意欄	以上は、温知福祉会特別養護老人ホーム天生 入所指針と取扱いに同意の上、申込みを行ったものです。 入所検討委員会における検討資料作成のため、介護支援専門員等による調査の受け入れや、保険者・居宅介護支援事業所等の介護保険事業者から、要介護認定等資料及びサービス利用票等の写しを徴することに同意致します。 社会福祉法人温知福祉会 本人 Ⓜ 特別養護老人ホーム天生 施設長 殿 家族(又は代理者) Ⓜ			

※ 申込の際には、必ず介護保険被保険者証(写)を添付して下さい。

※ 入所希望取り下げ(他施設入所・死亡等)、また入所要件非該当(要支援・自立判定)の際はご連絡ください。

受付職員

施設長	事務長	事務員	生活相談員	介護支援専門員	栄養士
Ⓜ					

特別養護老人ホーム天生 個別状況調査表

記入日 年 月 日

回答者氏名 ㊦ 本人との関係

回答者連絡先 自宅電話 () 携帯電話 ()

フリガナ				介護保険 被保険者番号										
入所希望者氏名														
要介護度	1・2・3・4・5	要介護認定期間	年 月 日 ~		年 月 日									
身体 状況	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 準備は必要だが摂取は自立 <input type="checkbox"/> 摂取にある程度介助が必要 <input type="checkbox"/> 全面的に介助が必要 <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 一口程度に刻む <input type="checkbox"/> 細かく刻む (備考:)												
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> ある程度介助が必要 <input type="checkbox"/> 全面的に介助が必要 <input type="checkbox"/> 布パンツ <input type="checkbox"/> 紙パンツ <input type="checkbox"/> オムツ (備考:)												
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> ある程度介助が必要 <input type="checkbox"/> 全面的に介助が必要												
	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> ある程度介助が必要 <input type="checkbox"/> 全面的に介助が必要 <input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 押し車 <input type="checkbox"/> 車椅子(普通型・リクライニング)												
※ 心配行動の頻度 / ある(ほぼ毎日)・時々ある(週1~3回)・まれにある(月1~3回)														
本人の 状況	(1) 暴言や暴力										<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> まれにある	<input type="checkbox"/> なし
	(2) 大声を出す										<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> まれにある	<input type="checkbox"/> なし
	(3) 介護に対し抵抗がある										<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> まれにある	<input type="checkbox"/> なし
	(4) 目的もなく動き回る										<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> まれにある	<input type="checkbox"/> なし
	(5) 外出して戻れない										<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> まれにある	<input type="checkbox"/> なし
	(6) 外に出たがり、目が離せない										<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> まれにある	<input type="checkbox"/> なし
	(7) 火の不始末										<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> まれにある	<input type="checkbox"/> なし
	(8) 不潔行為										<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> まれにある	<input type="checkbox"/> なし
	(9) 食べられないものを口にする										<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> まれにある	<input type="checkbox"/> なし
	(10) 昼夜逆転										<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> まれにある	<input type="checkbox"/> なし
	(11) 被害妄想										<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> まれにある	<input type="checkbox"/> なし
	(12) 作り話をする										<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> まれにある	<input type="checkbox"/> なし
	(13) 幻覚や幻聴										<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> まれにある	<input type="checkbox"/> なし
	(14) 感情不安定										<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> まれにある	<input type="checkbox"/> なし
	(15) 同じ話をしたり、不快な音をたてる										<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> まれにある	<input type="checkbox"/> なし
	(16) 「家に帰る」等と落ち着かない										<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> まれにある	<input type="checkbox"/> なし
	(17) 色々な物を集めたり、無断で持ってくる										<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> まれにある	<input type="checkbox"/> なし
	(18) 物を壊したり、衣類を破く										<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> まれにある	<input type="checkbox"/> なし
	(19) 生活に支障がある物忘れ										<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> まれにある	<input type="checkbox"/> なし
	(20) 意味もなく独り言がある										<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> まれにある	<input type="checkbox"/> なし
	(21) 自分勝手に行動する										<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> まれにある	<input type="checkbox"/> なし
	(22) 話が通じず、会話にならない										<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> まれにある	<input type="checkbox"/> なし
特記事項														

本人の状況	医療の状況	<p>既往症の有無</p> <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 50%;">病名：.....</td><td style="width: 50%;">医療機関名：.....</td></tr> <tr><td>病名：.....</td><td>医療機関名：.....</td></tr> <tr><td>病名：.....</td><td>医療機関名：.....</td></tr> <tr><td>病名：.....</td><td>医療機関名：.....</td></tr> </table>		病名：.....	医療機関名：.....	病名：.....	医療機関名：.....	病名：.....	医療機関名：.....	病名：.....	医療機関名：.....
	病名：.....	医療機関名：.....									
	病名：.....	医療機関名：.....									
	病名：.....	医療機関名：.....									
病名：.....	医療機関名：.....										
<p>通院の有無</p> <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 50%;">病名：.....</td><td style="width: 50%;">医療機関名：.....</td></tr> <tr><td>病名：.....</td><td>医療機関名：.....</td></tr> <tr><td>病名：.....</td><td>医療機関名：.....</td></tr> <tr><td>病名：.....</td><td>医療機関名：.....</td></tr> </table>		病名：.....	医療機関名：.....	病名：.....	医療機関名：.....	病名：.....	医療機関名：.....	病名：.....	医療機関名：.....		
病名：.....	医療機関名：.....										
病名：.....	医療機関名：.....										
病名：.....	医療機関名：.....										
病名：.....	医療機関名：.....										
<p>特記事項</p> <input type="checkbox"/> 経管栄養(鼻腔・胃瘻) <input type="checkbox"/> インシュリン注射(回/週) <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 人工透析(回/週 医療機関：) <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 褥瘡(床ずれ) <input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> その他()											
サービス利用状況	① 介護サービスの利用	※利用されている方は ② または ③ を、利用されていない方はその事由をご記入下さい。 <input type="checkbox"/> 利用している <input type="checkbox"/> 利用していない(事由：.....)									
	② 居宅サービスを利用中	◆担当居宅介護支援事業所・担当者：									
		<input type="checkbox"/> デイサービス(日/月) <input type="checkbox"/> 通所リハビリ(日/月) <input type="checkbox"/> 訪問介護(日/月) <input type="checkbox"/> 訪問看護(日/月) <input type="checkbox"/> 訪問入浴(日/月) <input type="checkbox"/> ショートステイ(日/月 利用事業所：.....)									
		<input type="checkbox"/> 福祉用具の貸与(種類・貸与内容：.....)									
③ 施設サービスを利用中	◆施設名称： ◆入所時期： 年 月 日										
入所希望状況		<input type="checkbox"/> 早急に <input type="checkbox"/> 半年以内 <input type="checkbox"/> 2年以内 <input type="checkbox"/> 順位到来時									
入所希望の背景(該当するものを全て選択)	<input type="checkbox"/> 単身世帯もしくは高齢者世帯であり、家族等の介護者がいない <input type="checkbox"/> 主介護者が障害・疾病・高齢の状況にある(備考：.....) ◇(入所希望者への)介護困難 ◇多少介護可能 ◇介護可能 <input type="checkbox"/> 主介護者が育児・家族等の看病を行っている(備考：.....) ◇常時の育児等が必要 ◇半日程度の育児等が必要 ◇時々育児等が必要 <input type="checkbox"/> 主介護者が複数の家族等を介護している(備考：.....) ◇(入所希望者への)介護困難 ◇多少介護可能 ◇介護可能 <input type="checkbox"/> 主介護者が就労しており、介護が困難/介護により生計維持に影響がある ◇(入所希望者への)介護困難 ◇多少介護可能 <input type="checkbox"/> 同居家族や別居血縁者による、介護への協力が無い <input type="checkbox"/> 主介護者や家族等による介護放棄・虐待の危険性がある <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により、十分な介護が困難(備考：.....) <input type="checkbox"/> 介護保険施設・病院等に入院(入所)しているが、退院(退所)の求めがある <input type="checkbox"/> その他										

※ 入所希望者の家族構成をご記入ください。別居親族は入所希望者の子を、子がない場合は兄弟姉妹をご記入ください。					
介護者の状況	家族構成	入所希望者との同居者			
		入所希望者の別居親族			
	主介護者氏名	年齢	歳	本人との関係	
	主介護者の就労状況	<input type="checkbox"/> 無職（ <input type="checkbox"/> 年金受給） <input type="checkbox"/> 就労している（ 自営・常勤・パートもしくはアルバイト）			
	主介護者の状況・意見等				
その他	施設への意見・要望・質問等				

(注意事項)

- ※ 心配行動及び入所希望の背景は、該当するもの全てお選び下さい。
- ※ 既往症の有無では、感染症疾患やその完治の状態も併せてご記入ください。

ご協力ありがとうございました。