

福 寿 荘 入 所 申 込 書

| | | | | | | | | |
|----------------------------|-------------|---|----|-------------|------------|---------|---------|--|
| 申 込 者 連 絡 先 | フリガナ 氏 名 | | 性別 | 男 ・ 女 | 施設側 記入欄 | 申 込 日 | 年 月 日 | |
| | | | | | | 受 付 者 名 | | |
| | | | | | | | 担 当 者 名 | |
| | 本人との 関係 | <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> 甥・姪 <input type="checkbox"/> その他 () | | | | | | |
| | 同居の別 | <input type="checkbox"/> 同 居 <input type="checkbox"/> 別 居 住所 : 〒 _____ 電話 : _____ 携帯 : _____ | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|-----------------------|---|------------|---------|---|---------------|-----|-------|---|-----|
| 本 人 の 状 況 | フリガナ | | | 性 別 | 男 ・ 女 | | | | |
| | 氏 名 | | | 住民登録 | 市 ・ 区 ・ 町 ・ 村 | | | | |
| | 現 住 所 | 〒 _____ | | | | | | | |
| | 生年月日 | 明 ・ 大 ・ 昭 | | 年 | 月 | 日 | (歳) | | |
| | 介護保険 | 保険者(市) | | 山口市 ・ 防府市 ・ 周南市 ・ 下松市 光市 ・ その他 () | | | | | |
| | | 被保険者番号 | | | | | | | |
| | | 介護負担割合証 | | 1 ・ 2 ・ 3 | | 割負担 | | | |
| | | 介護負担限度額認定証 | | 無 ・ 1 ・ 2 ・ 3 | | 段階 | | | |
| | 要介護認定 | (申請中) | | <input type="checkbox"/> 更新申請 <input type="checkbox"/> 区分変更 | | | | | |
| | | (認定済み) | | <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 | | | | | |
| | | (認定期間) | | 年 | 月 | 日 | ～ | 年 | 月 日 |
| | 健康保険 | 種 別 | | | 記号 ・ 番号 | | | | |
| | 年金等 | 種 別 | | | | | | | |
| 障害手帳等 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | | | | | | | |
| | 手帳の種類 | | (障害名) | | | | | | |
| | | (判定 | | 級(度) | 年 | 月 | 日 | | |

| | | |
|---|------------------------------------|--|
| 現在の状況 | <input type="checkbox"/> 自宅で暮らしている | |
| | <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム | <input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム |
| | <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 | <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 病院 |
| | <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム | <input type="checkbox"/> 認知症高齢者グループホーム <input type="checkbox"/> その他 |
| 入院又は入所中 | 病院名又は施設名 | |
| | 入所又は入院期間 | 年 月 日 ~ (年 月) |
| | 入院の理由 | |
| 本人の状況 | 食事の形態 | <input type="radio"/> 身長 () cm <input type="radio"/> 体重 () Kg |
| | | 状態 : <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助 |
| | | 主食 : <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 半粥 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー |
| | | 副食 : <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> ミジン <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> |
| | | アレルギー : <input type="checkbox"/> (有・無) アレルギー食品 () |
| | 排泄 | トロミ : (有・無) |
| | | 動作 : <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助 |
| | | 尿意 : (有・無) |
| | | 便意 : (有・無) |
| | | オムツ : <input type="checkbox"/> 使用なし <input type="checkbox"/> 夜のみ <input type="checkbox"/> 常時 |
| | | 便器 : <input type="checkbox"/> 便器 <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> ポータブル(夜間のみ) |
| | 移動 | その他 : () |
| | | 状態 : <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> つかまり歩き <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 車椅子 (自操・一部介助・全介助) |
| | 移乗 | 状態 : <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助 <input type="checkbox"/> リフター使用 |
| | 入浴 | 状態 : <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助 |
| | | 浴槽 : <input type="checkbox"/> 個浴 <input type="checkbox"/> リフト浴 <input type="checkbox"/> 特殊浴槽 <input type="checkbox"/> シャワー浴 |
| | | 更衣 : <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助 |
| | 身体 | 視力 : <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 人の動きがわかる程度 : <input type="checkbox"/> 全盲 <input type="checkbox"/> 眼鏡使用 |
| | | 聴力 : <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや難聴 <input type="checkbox"/> 難聴 : <input type="checkbox"/> 補聴器使用 |
| | | 言語 : <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聞き取りにくい <input type="checkbox"/> 聞き取れない |
| : <input type="checkbox"/> 会話ができない <input type="checkbox"/> 言語・発語障害あり | | |

| | | | |
|---------------------------------------|------------------|--|---------|
| 医療の状況 | 主治医 | 病院名 _____ 医師名 _____ | |
| | 既往歴 | <input type="checkbox"/> 高血圧 (塩分制限 g) <input type="checkbox"/> 糖尿病 (カロリー制限 g) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> インスリン注射 (有・無) (1日 回) <input type="checkbox"/> 心不全 (塩分制限 g) <input type="checkbox"/> 心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 (麻痺状況 : <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左下肢) <input type="checkbox"/> ストーマ処置 (人工肛門) 処置 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> その他 () | |
| | 認知症・精神の症状 | 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 type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M | |
| | | 症状 <input type="checkbox"/> 自傷行為 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 奇声 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 攻撃的行動 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 介護拒否 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> その他 () | |
| 利用状況 | 介護の状況 | <input type="checkbox"/> 在宅介護 (年 月 から) <input type="checkbox"/> 施設介護 (年 月 入所) | |
| | 現在利用している居宅介護サービス | <input type="checkbox"/> 訪問介護 | 回/月 [] |
| | | <input type="checkbox"/> 訪問入浴 | 回/月 [] |
| | | <input type="checkbox"/> 訪問看護 | 回/月 [] |
| | | <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション | 回/月 [] |
| | | <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 | 回/月 [] |
| | | <input type="checkbox"/> 通所介護(デイサービス) | 回/月 [] |
| | | <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション | 回/月 [] |
| | | <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 | 回/月 [] |
| | | <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 | 回/月 [] |
| <input type="checkbox"/> 福祉用の貸与・購入費支給 | 回/月 [] | | |
| <input type="checkbox"/> その他 | 回/月 [] | | |

| | |
|--|--|
| <p>本人の入所意向</p> | <p><input type="checkbox"/> 入所を希望している <input type="checkbox"/> 迷っている <input type="checkbox"/> 自宅での生活を希望</p> <p><input type="checkbox"/> 本人には知らせていない <input type="checkbox"/> 本人の意向が確認できない</p> <p><input type="checkbox"/> その他 ()</p> |
| <p>入所理由</p> | <p><input type="checkbox"/> 身寄りがないなど介護する者がいない</p> <p><input type="checkbox"/> 独居生活が困難である</p> <p><input type="checkbox"/> 介護する者が、遠距離や入院中等により介護ができない</p> <p><input type="checkbox"/> 介護する者が、要介護状態・病気療養中・障害を有するなどの状況にあり十分な介護が困難</p> <p><input type="checkbox"/> 介護する者が高齢等により将来的に十分な介護が困難</p> <p><input type="checkbox"/> 介護する者が、複数の介護や育児を行っている状況にあり、負担が大きい</p> <p><input type="checkbox"/> 介護する者が共働きにより十分な見守りや介護が困難</p> <p><input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所を求められているが、住宅事情により自宅での介護が困難</p> <p><input type="checkbox"/> 住居構造が介護に適していないため、自宅で十分な介護が困難</p> <p><input type="checkbox"/> その他 ()</p> |
| <p>特例入所を希望する理由 (要介護1又は2の方のみ記入)</p> | <p><input type="checkbox"/> 認知症であり、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</p> <p><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</p> <p><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・安心の確保が困難である</p> <p><input type="checkbox"/> 単身世帯である、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、地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分である。</p> |
| <p>備考</p> | <p>入所申込書に記載した事項にあるいは記載項目にない事項等で、優先的な入所の判断において特に考慮する必要がある場合や、要介護1または2の方について、居宅において日常生活を営むことが困難なことについてやむを得ない事由がある場合は、その内容をご記入ください。</p> |

○ 個人情報提供同意書

特別養護老人ホームの入所の円滑化に資するため、入所の判定に必要な範囲に限り、居宅介護支援事業所、介護保険施設、主治医、市町又は民生委員に対し、居宅介護サービスの利用状況、介護者の状況、心身の状況などの個人情報を求め、又は個人情報を提供することに同意します。

上記及び、特例入所に際し、その理由等の個人情報を施設が市町に対し報告することに同意します。

令和 年 月 日 氏名 _____

* 事業所記入欄

Blank area for business registration with horizontal lines.