

(様式1)

# 社会福祉法人すいよう会 共通入所申込書

初回申込日	平成 年 月 日
今回受付日	平成 年 月 日

申込者	氏名		続柄:
	住所	〒	
	電話	固定:	携帯:

入所を希望する施設に○を記入してください。(複数の場合は優先順位を記入して下さい。)

	特別養護老人ホーム アソカ園		グループホーム 陽だまり
	小規模特別養護老人ホーム なの花		グループホーム ほの花
	ケアハウス 白寿		

入 所 者 の 状 況	フリガナ		保 険 者	新居浜市 その他 ( )						
	氏 名	男・女		被保険者番号						
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 ( 歳)		要 介 護 度	要支援1		要支援2			
	現 住 所	〒		認 定 有 効 期 間	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5					
	電話番号	( ) -			平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで					
	現 況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人で暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 別居だが同一敷地内又は近隣(約1km以内)に家族がいる <input type="checkbox"/> 施設や病院に入っている (施設・病院名: ) 入所・入院日: )								
	介護者の有無	<input type="checkbox"/> 介護者が誰もいない ※自宅から1km以内になが介護者がいない場合のみ <input type="checkbox"/> 介護者がいる 介護者の氏名: ) 続柄: 介護者の生年月日: ) 年齢: ※入院中の場合は、自宅での生活を想定して記入してください								
	入所希望の理由	<input type="checkbox"/> 介護者がいないため <input type="checkbox"/> 介護者が生活のため仕事に就いているので介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護者が未就学児の子や孫の世話をしているため <input type="checkbox"/> 介護者が病気や障害などで介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護者が他の者を介護しているため <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> その他 ( ) ※ 施設や病院にいる場合は、自宅での生活を想定して記入してください								
	担当ケアマネ	居宅介護支援事業所名: ) 担当ケアマネ: 病院の担当相談員(入院中の場合のみ) 名前:								

入所に関する説明を受け、次のことについて同意します。

- 市町村から要求があった場合、この申し込み情報を市町村へ提出すること、また、市町村等より入所判定に必要な情報提供を受けること。
- 担当の介護支援専門員や病院の相談員・看護師から入所判定に必要な情報提供を受けること。

平成 年 月 日

氏名(本人又は代理人)

印

# 入所申し込み者情報提供票

平成 年 月 日

利用希望者氏名：

記入者（申込者の場合は空白で可）：

受付職員：

介護保険	負担割合証： <input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割		生活保護： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	負担限度額認定証： <input type="checkbox"/> 1段階 <input type="checkbox"/> 2段階 <input type="checkbox"/> 3段階 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない			
日常生活について	食 事	食事形態：主食（ ） 副食（ ）		
		食事動作： <input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全て介助が必要		
	排 泄	排泄動作： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全て介助が必要		
		排泄場所： <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ使用 <input type="checkbox"/> おむつ使用		
	移 動	移動器具： <input type="checkbox"/> 何も使用していない <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子		
		移動状況： <input type="checkbox"/> 自立している <input type="checkbox"/> 見守り必要 <input type="checkbox"/> 一部介助必要 <input type="checkbox"/> 全て介助必要		
	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		
聴 力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聞こえにくい <input type="checkbox"/> 難聴（補助器具の使用 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし）			
意思疎通	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 簡単な会話は成立する <input type="checkbox"/> 難しい（ほとんど成立しない）			
認知症 精神の症状	認知症状 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし どのような症状が見られますか？ 一番困っていることは何ですか？ 〔 〕			
医療的 処置	現病名（現在治療中の病気）		既往歴（過去にかかった病気、手術等）	
	かかりつけ病院：		かかりつけ医師：	
	※以下の項目に該当する場合はチェックを入れてください			
	<input type="checkbox"/> 尿導カテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門（ストマ） <input type="checkbox"/> 経管栄養（ <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> その他）			
	<input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 人工透析			
	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 傷や褥瘡（床ずれ）の処置（部位： ）			
	<input type="checkbox"/> その他（ ）			
現在服用している内服（わかる範囲でかまいません）				
サービスの 利用状況	<input type="checkbox"/> デイサービス：週 日		<input type="checkbox"/> ショートステイ：月 日	
	<input type="checkbox"/> ショートステイ：月 日		<input type="checkbox"/> ヘルパー：週 回	
	<input type="checkbox"/> その他在宅サービス（ ）			
※入院中の場合は、入院前に利用していたサービス内容を記入してください				
利用時期	<input type="checkbox"/> 直ぐに利用したい <input type="checkbox"/> 今後の為に申込みしている（ 年 月頃から希望） 直ぐに利用したい理由 〔 〕			
入所後の 希望	<input type="checkbox"/> このまま施設入所を続けたい			
	<input type="checkbox"/> 自宅または他施設、病院へ移動を希望する （ <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> その他（ ））			
居室希望	<input type="checkbox"/> 個室 <input type="checkbox"/> 2人以上の部屋（多床室） <input type="checkbox"/> 指定なし			
施設使用欄				