

(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	氏名		続柄:
今回受付日	平成 年 月 日		住所	
		申込者	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					
	〒				1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5					
	現住所			認定有効期間	平成 年 月 日から					
	電話番号	() -			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介護が困難なため <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介護が困難なため <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								
	該当するものすべてを選んで下さい									
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"/> 訪問看護：週 回	
	<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			
特例入所 対象者 確認事項	<input type="checkbox"/> 認知症であるものであって、日常生活に支障を来すような症状若しくは行動又は意思疎通の困難さが頻繁に見られる <input type="checkbox"/> 知的障がい、精神障がい等を併い、日常生活に支障を来すような症状若しくは行動又は意思疎通の困難さが頻繁に見られる <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、心身の安全及び安心の確保が困難である <input type="checkbox"/> 単身世帯、同居家族が高齢又は病弱であること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			