

指定(地域密着型)介護老人福祉施設入居申込書

令和 年 月 日

次の2施設のうち、レ印を付けた施設へ入居を申し込みます

特別養護老人ホーム【 石巻花いちもんめ ・ 河南の郷 】

※特別養護老人ホーム河南の郷は「地域密着型施設」の為、石巻市に住所がある方が対象となります

入居希望者(本人)

フリガナ		性別		明 大 昭
氏名		男・女	生年 月日	年 月 日 (歳)
現住所	〒 電話			
現在の 居所	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らしをしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 施設や病院に入っている 施設又は病院名 () 入所又は入院期間(平成・令和 年 月 から)			
要介護区分	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 (<input type="checkbox"/> 区分変更中 月 日 申請)			
介護保険 被保険者証	被保険者番号		保険者	
	認定期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		
特例入所 要件等	<p style="text-align: center;"><u>要介護1・2の方が入所する場合は、以下のいずれかに該当する必要があります</u></p> <input type="checkbox"/> 認知症である者であって、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁にみられる <input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意志疎通の困難さ等が頻繁に見られる <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・安心の確保が困難 <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			
その他 保険証等	<input type="checkbox"/> 健康保険 (種別) <input type="checkbox"/> 障害者手帳 (種別 級 種) <input type="checkbox"/> 年金(国民年金 ・ 厚生年金 ・ 共済年金 ・ 生活保護 ・ その他)			
担当介護 支援専門員	事業者名	担当者名	連絡先	

申込者

氏名		続柄	
住所			
電話番号	①	②	

家族の状況

氏名	続柄	生年月日	同居の有無	健康状態	職業
			同・別	健康・病弱	会社員・自営業・農業・ 団体職員・パート・無職
			同・別	健康・病弱	会社員・自営業・農業・ 団体職員・パート・無職
			同・別	健康・病弱	会社員・自営業・農業・ 団体職員・パート・無職
			同・別	健康・病弱	会社員・自営業・農業・ 団体職員・パート・無職
			同・別	健康・病弱	会社員・自営業・農業・ 団体職員・パート・無職
			同・別	健康・病弱	会社員・自営業・農業・ 団体職員・パート・無職
介護困難事情 (当てはまるところにレ印を付けてください)	<input type="checkbox"/> 介護する者がいないため <input type="checkbox"/> 介護する者が遠く離れた所(片道2時間以上かかる距離)に住んでいるため <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」(70歳以上)、「障害」、「病気」により介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者が就労していて介護することが困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者が育児中、または複数の被介護者がいる <input type="checkbox"/> その他()				
住環境について	<input type="checkbox"/> 立地条件、段差等の住環境が生活または介護に支障を来している <input type="checkbox"/> 玄関・居室の段差 <input type="checkbox"/> 浴室の構造(段差等) <input type="checkbox"/> トイレの構造(段差、通路等)				
申し込み状況	<input type="checkbox"/> 当法人の施設のみ申込 <input type="checkbox"/> 他施設にも申込(件)				
入居希望時期	<input type="checkbox"/> 1日でも早く(介護者がいない等) <input type="checkbox"/> 可能な限り早く <input type="checkbox"/> 将来に備えた申込み				
その他、特に知らせておきたい事項がございましたらご記入ください					

ご本人の状況をより詳しく把握するために必要な場合は、市町村から要介護認定に係る情報を、また担当ケアマネージャーから居宅サービス利用状況等の情報を提供して頂いてもよろしいでしょうか？よろしければ、下記に署名をお願いします。

氏名(本人) _____

代筆者 _____

【添付書類】

- ①介護保険被保険者証の写し
- ②過去3ヶ月分のサービス利用票及び別表の写し(介護保険在宅サービスをご利用の方のみ)
- ③介護サービス計画書

以上の書類が提出された時点で申込受付となります

個別状況確認書

※該当するものにレ印をつけ、その状況をご記入ください

現在の サービス 利用状況	在宅サービス利用		□無		□有	
	サービス種類		利用日数		事業者名	
			月平均			
			日			
歩 行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖または歩行器使用 <input type="checkbox"/> つかまり歩行 <input type="checkbox"/> 介助歩行 <input type="checkbox"/> 歩行困難(車椅子 ・ 寝たきり)					
食 事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 刻み食 <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> その他() 摂取量 割					
嚥 下 (飲み込み)	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや困難 <input type="checkbox"/> 困難 トロミの使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有					
排 泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> トイレの使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 オムツの使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 夜のみ <input type="checkbox"/> 有					
尿 意	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 曖昧	便 意	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 曖昧	便 秘	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
入 浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> リフト浴 <input type="checkbox"/> 特浴 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭					
着脱衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助					
視 力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 見えにくい <input type="checkbox"/> 見えない (眼鏡の使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)					
聴 力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聴こえにくい <input type="checkbox"/> 聞こえない (補聴器の使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)					
言 葉	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや不自由 <input type="checkbox"/> 不自由					
認知症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> アルツハイマー型 <input type="checkbox"/> 脳血管性 <input type="checkbox"/> レビー小体型 <input type="checkbox"/> 前頭側頭型(ピック病など)					

行動・ 心理症状	<input type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 不穏行動 <input type="checkbox"/> 自傷行為 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> ほとんど毎日 <input type="checkbox"/> 週 3～4 回程度 <input type="checkbox"/> 週 1～2 回程度 <input type="checkbox"/> 月数回程度	
主治医	【医療機関名】	【担当医師名】
現病名	(特別な医療的対応) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> その他()	
	【疾患名】	発症時期
		年 月
		年 月
		年 月
		年 月
		年 月
	(現病に関する特記事項)	
感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 肝炎(型) <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> 緑膿菌 <input type="checkbox"/> その他()	
既往歴	【疾患名】	発症時期
		年 月
		年 月
		年 月
		年 月
		年 月
		(既往歴に関する特記事項)

※申込みをされた後に、入所を希望されるご本人の状況(要介護度・心身の状況・施設等)及び介護を行っている方の状況などに変化があった場合には、当施設へ速やかにご連絡いただけますようお願い致します。