

# 特別養護老人ホーム まごころ苑 第2まごころ苑 入所申込書

申込日	年	月	日
受付日	年	月	日

○貴施設に入所したいので申し込みます。

入所希望者の状況	フリガナ		性別	生年月日	大・昭	年	月	日	( 歳)	
	氏名		男・女	電話番号	( ) —					
				要介護度	1・2・3・4・5 区変中( 年 月 日)					
				保険者						
	住所	〒	被保険者番号							
			負担限度額段階	<input type="checkbox"/> 生保・ <input type="checkbox"/> 1・ <input type="checkbox"/> 2・ <input type="checkbox"/> 3・ <input type="checkbox"/> 4						
			負担割合	<input type="checkbox"/> 1割・ <input type="checkbox"/> 2割・ <input type="checkbox"/> 3割						
	要介護認定期間	平成・令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで			認知症 高齢者自立度	<input type="checkbox"/> 正常・ <input type="checkbox"/> I・ <input type="checkbox"/> II a・ <input type="checkbox"/> II b <input type="checkbox"/> III a・ <input type="checkbox"/> III b・ <input type="checkbox"/> IV・ <input type="checkbox"/> M				
	特例入所該当項目	要介護1・2の方については、以下該当するものを回答して下さい。 <input type="checkbox"/> 認知症の者であって、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、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられる。 <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・安心の確保が困難である。 <input type="checkbox"/> 単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱であることにより、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。								
	待機場所	<input type="checkbox"/> 自宅	病院・施設の名称		所在地 (市区名のみ)					
	<input type="checkbox"/> 入院中	入院・入所期間							年 月 日 ~	
	<input type="checkbox"/> 入所中									
在宅サービス利用率				介護保険居宅サービス利用 単位数の直近3ヶ月の平均						
	3ヶ月前		2ヶ月前		1ヶ月前					
	要介護度									
	利用単位数									
申込状況	<input type="checkbox"/> 個室 (第2まごころ苑のみ) <input type="checkbox"/> 多床室 <input type="checkbox"/> どちらでもよい すでに申し込まれている施設や、これから申し込まれる施設があれば記入して下さい ( )									
入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> いずれ入所したい ( 年 月頃まで)									

主たる介護者	フリガナ		性別	本人との 関係					
	氏名		男・女	生年月日	昭・平	年	月	日	( 歳)
				連絡先 自宅 ( ) — 携帯 ( ) —					
	住所	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居							
	家族構成	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 同敷地内別居		<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者夫婦世帯 (18歳未満の子含む)					
	主たる介護者の状況	<input type="checkbox"/> 介護者がいない <input type="checkbox"/> 就労している <input type="checkbox"/> 疾病等がある <input type="checkbox"/> 複数の人を介護している		<input type="checkbox"/> 施設や病院から退所を求められている <input type="checkbox"/> 主介護者以外に協力者がある					
	申し込み理由								

## 入所申込調査票

調査票記入日

年 月 日

入所希望者氏名	被保険者番号																			
---------	--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

担当ケアマネ	事業所名
連絡先 電話 ( ) —	F a x ( ) —

○入所希望者の申し込み時の状況 ※該当するものにチェックをして下さい。

移 動	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 ( <input type="checkbox"/> 自操・ <input type="checkbox"/> 介助 ) <input type="checkbox"/> その他 ( )
移 乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 二人介助 <input type="checkbox"/> 立位可能 <input type="checkbox"/> 立位不可 <input type="checkbox"/> その他 ( )
排 泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 二人介助 <input type="checkbox"/> パルーン <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> パンツ ( <input type="checkbox"/> 日中・ <input type="checkbox"/> 夜間 ) <input type="checkbox"/> リハビリパンツ ( <input type="checkbox"/> 日中・ <input type="checkbox"/> 夜間 ) <input type="checkbox"/> オムツ ( <input type="checkbox"/> 日中・ <input type="checkbox"/> 夜間 ) <input type="checkbox"/> トイレ ( <input type="checkbox"/> 日中・ <input type="checkbox"/> 夜間 ) <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ ( <input type="checkbox"/> 日中・ <input type="checkbox"/> 夜間 ) <input type="checkbox"/> ベッド上 ( <input type="checkbox"/> 日中・ <input type="checkbox"/> 夜間 )
食 事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 咽込みあり <input type="checkbox"/> 食べるのに時間がかかる <input type="checkbox"/> 食べる量が少ない <input type="checkbox"/> 食べることに拒否がある <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> きざみ食 <input type="checkbox"/> 嚥下食 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )
リ ス ク	<input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 誤嚥 <input type="checkbox"/> 危険行為 ( )
視 力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> だいたい見える <input type="checkbox"/> ほぼ見えない <input type="checkbox"/> 全盲 <input type="checkbox"/> その他 ( )
聴 力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 大きな声が聞こえる <input type="checkbox"/> 難聴 <input type="checkbox"/> 強度難聴 <input type="checkbox"/> 聾啞 <input type="checkbox"/> その他 ( )
意思疎通	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> だいたいわかる <input type="checkbox"/> ほぼわからない <input type="checkbox"/> その他 ( )
認 知 症	認知症は <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない 認知症の診断を <input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けていない
精神症状 行動障害	<input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> 物盗られ妄想 <input type="checkbox"/> 帰宅願望 <input type="checkbox"/> 作話 <input type="checkbox"/> 幻視 <input type="checkbox"/> 幻聴 <input type="checkbox"/> 感情が不安定 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 大声を出す <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 自傷行為 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 収集癖 <input type="checkbox"/> 暴食行為 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> その他 ( )
医療行為	<input type="checkbox"/> 特別な医療行為はなし <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 尿管カテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 吸痰 <input type="checkbox"/> その他 ( )
主な現病 治療状況 既往歴	

担当ケアマネジャーの意見欄
---------------

説明と同意欄	私は、次の事項について施設より説明を受けました。 ・入所申し込みから入所契約まで必要な手続き及び入所にあたっての注意事項について ・入所順位決定法について ・入所順位見直しについて 年 月 日 氏名
	本人との続柄 ( )