

申込日 年 月 日 ※申込者が記入
 受付日 年 月 日 ※施設で記入

特別養護老人ホーム 仙人の里 施設長 殿

申込者

住所	〒		
ふりがな			本人との続柄
氏名			
電話番号		携帯	

次の者が貴施設に入所したく申し込みます。

ふりがな			性別	男・女	年齢	歳
本人の氏名			生年月日			
本人の住所	〒		電話番号	()		
郵便等の送付先	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 申込者	<input type="checkbox"/> それ以外 住所:〒				
要介護認定状況	被保険者番号			保険者の名称	<input type="checkbox"/> 釜石市 <input type="checkbox"/> その他()	
	要介護度	<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		
担当ケアマネジャー	事業所名			担当者名		
健康保険	種別	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他()				
障害者手帳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳			等級	級	
	交付日			障害名		
年金等	種類			支給年額		
主介護者	ふりがな			性別	男・女	続柄
	氏名			生年月日		年齢 歳
	居住状況	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 疾病 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(病名:)				
	就労	<input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> パートタイム(週 時間勤務) <input type="checkbox"/> その他()				
	複数介護	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申込者以外の介護や育児(小学生以下)あり(具体的に:)				
家族構成 (別居の家族も記載して下さい)	氏名(続柄)	性別	年齢	居住地(住所)	就労	
	()	男・女		同・別()	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	()	男・女		同・別()	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	()	男・女		同・別()	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	()	男・女		同・別()	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	()	男・女		同・別()	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
現況	<input type="checkbox"/> 在宅で指定居宅介護サービスを利用している(福祉用具貸与は除く)					
	<input type="checkbox"/> 訪問介護(週 日) <input type="checkbox"/> 訪問入浴(週 日) <input type="checkbox"/> 訪問看護(週 日) <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ(週 日)					
	<input type="checkbox"/> 通所介護(週 日) <input type="checkbox"/> 通所リハビリ(週 日) <input type="checkbox"/> 短期入所(週 日)					
	<input type="checkbox"/> 在宅にいますが、指定居宅介護サービスを利用していない					
	<input type="checkbox"/> 施設入所中(入居) 施設名:			入所日:		
	<input type="checkbox"/> 病院へ入院中 病院名:			入院日:		
住居環境	住居形態	<input type="checkbox"/> 戸建住宅(<input type="checkbox"/> 平屋 <input type="checkbox"/> 2階建) <input type="checkbox"/> アパート・マンション(階/エレベーター <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)				
	特記事項	(不便な所があれば)				

病歴	病名	発症日	医療機関名	
現在受けている医療的処置	<input type="checkbox"/> なし			
	<input type="checkbox"/> 経管栄養(経鼻・胃ろう) <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 床ずれの処置 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> その他(
	感染症の状況: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> C型肝炎 <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> 疥癬 <input type="checkbox"/> その他(
身体状況	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	使用用具	<input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク
	食事内容	ご飯: <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> ゼリー粥 おかず: <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> キザミ <input type="checkbox"/> ゼリー食		
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	着替え	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	排泄方法	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> オムツ交換
	排泄用具	<input type="checkbox"/> 通常の下着 <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> テープ止めオムツ <input type="checkbox"/> 尿取りパット		
	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	移動補助具	<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
	麻痺	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(<input type="checkbox"/> 右うで <input type="checkbox"/> 左うで <input type="checkbox"/> 右あし <input type="checkbox"/> 左あし)		
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや遠い <input type="checkbox"/> 大きな声が聞こえる <input type="checkbox"/> 聞こえない	<input type="checkbox"/> 補聴器	
	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 見えにくい <input type="checkbox"/> 見えない	<input type="checkbox"/> 通常のメガネ <input type="checkbox"/> 老眼鏡	
	発語	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聞き取りにくい <input type="checkbox"/> 出来ない		
認知症の状況	<input type="checkbox"/> なし			
	<input type="checkbox"/> 物忘れ(<input type="checkbox"/> 時間 <input type="checkbox"/> 場所 <input type="checkbox"/> 人物) <input type="checkbox"/> 幻視 <input type="checkbox"/> 幻聴 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> 独り言 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 自傷行為 <input type="checkbox"/> ろう便(不潔行為) <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 夜間不眠 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> その他()			
入所希望理由	※当てはまるもの全てにチェックしてください。			
	<input type="checkbox"/> 身寄りが無い <input type="checkbox"/> 家族が遠方(市外・県外)にしかいない <input type="checkbox"/> 介護者が要介護状態、障害、病弱 <input type="checkbox"/> 介護者が高齢 <input type="checkbox"/> 複数介護状態 <input type="checkbox"/> 介護者が就労 <input type="checkbox"/> 介護者の身体的・精神的負担が大きい <input type="checkbox"/> 住居の構造が介護に適していない <input type="checkbox"/> 施設、病院等から退所を求められているが、在宅介護が困難			
他施設への申込	<input type="checkbox"/> 当施設のみ <input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込みあり(予定)[施設名: _____]			
特筆すべき事項(特例入所の算定要件関連)	<input type="checkbox"/> 認知症により、日常生活に支障を来すような症状や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られる。			
	<input type="checkbox"/> 知的障害、精神障害を伴い、日常生活に支障を来すような症状や意思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。			
説明確認及び情報収集に係る同意	私は、貴施設への入所申込に際し、入所に関する方法や手続、入所順位の決定方法について施設から説明を受けました。 貴施設が入所順位決定のため必要な範囲内において、私(入所希望者及びその家族)に関する情報を、市町村、担当居宅介護支援事業所、他の介護保険施設及び医療機関から収集すること、また今後の高齢者施策の参考とするため、岩手県及び関係市町村に報告することに同意します。 なお、入所申込後に本人の死亡、他施設への入所、長期入院等により入所の必要がなくなった場合には、速やかにその旨を連絡し、申込を取下します。			
	年 月 日	入所希望者名 _____		
	同上家族氏名 _____			