

(様式1)

社会福祉法人 八千代美香会

特別養護老人ホーム緑が丘美香苑

入所申し込み書

記入日 令和 年 月 日

『従来型』希望

『ユニット型』希望

※希望する施設にレ点を入れてください。(両方の申し込みも可能です)

(入所申し込み者)

住所 \_\_\_\_\_

フリガナ

利用者氏名 \_\_\_\_\_ (男・女)

明・大・昭

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日 ( 歳)

電話番号 \_\_\_\_\_

特別養護老人ホーム緑が丘美香苑に入所したいので、次のとおり入所申し込みします。

代理人 (家族)	(フリガナ) 氏名		続柄	
	(郵便番号) 住所	(〒 - )		
	電話番号			

備考

- 1 介護保険被保険者証のコピーを添付してください。
- 2 申請時の診断書の提出は必要ありません。

# 状況申告書

※ 空欄に記載、該当箇所に○印

入所希望者	氏名：	年齢：	歳	性別：	男・女	
要介護状態区分	要介護 1・2・3・4・5					
介護被保険者番号	市・区・町・村					
介護認定有効期間	平成・令和	年	月	日	～ 令和 年 月 日	
入所希望時期	令和 年 月頃に入所したい					
入所についての本人の意思	1. 希望している 2. 希望していない 3. 判断できない					
家族の状況	氏名	世帯	続柄	年齢	職業	備考（同居以外の場合は住所の記載）
		同・別				
		同・別				
		同・別				
		同・別				
		同・別				
主たる介護者・家族等の状況（必須）	●主たる介護者について					
	①主たる介護者の年齢（ ）歳					
	②介護者の介護負担： 重い ・ やや重い ・ 軽い ・ なし					
	③介護者の障害や疾病： あり 病名（ ） ・ なし ※ありの場合： 介護困難 ・ 多少介護可能 ・ 介護可能					
	④介護者の就労： 8時間以上 ・ 4～8時間 ・ 4時間未満 ・ なし ⑤介護者が育児・看病がある：常時育児、看病あり ・ 半日育児、看病あり (要介護者とは別に該当者がいる場合) 臨時での育児・看病あり ・ なし					
家族等の介護協力について						
⑥同居者の中で介護協力： 週4日程度あり・週1～3日程度あり・ほとんどなし						
⑦別居での血縁者の介護協力： 週4日程度あり・週1～3日程度あり・ほとんどなし						
⑧近隣者の介護協力： 週4日程度あり・週1～3日程度あり・ほとんどなし						

氏名：				
本人の居る所	1. 自宅    2. 病院    3. 他施設（施設の種類）			
	4. その他（）			
	自宅 以外の 場合	名称		
		所在地		
電話				
特養への申込状況	・グリーンヒル    ・愛生苑    ・八千代城    ・はなみずき ・ひばりの郷    ・グリーンヒル八千代台    ・ほうゆうの里 ・むらかみの郷    ・美香苑    （その他：）			
既往症名		治癒時期	年 月	
		治癒時期	年 月	
現在の主な病名		発症時期	年 月～	
		発症時期	年 月～	
医療の状況（必須）	<input type="checkbox"/> 経管栄養（ <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 鼻腔） <input type="checkbox"/> インシュリン注射（ 回/日） <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> その他（） <input type="checkbox"/> 上記に該当なし			
かかりつけ医療機関 主治医師名等	医療機関名			
	電話番号			
	医療機関所在地			
	主治医氏名			
在宅サービスについて	1. 利用している    2. 利用していない			
	ケアマネジャー	事業所名		
		氏名		
		連絡先		
利用中のサービス				
入所を希望する理由 （必須）	在宅で介護ができない、ご家族を含めた状況をわかりやすく記入してください。			

氏名：

身体及び日常生活動作の状況	視力	1. 正常 2. 大きい字なら見える 3. ほとんど見えない 4. 全く見えない		
	聴力	1. 正常 2. 大声なら聞こえる 3. ほとんど聞こえない 4. 全く聞こえない		
	会話	1. 正常 2. やや不自由 3. ほとんど話せない 4. 全く話せない		
	歩行	1. 可能 2. 杖を使用して可能 3. 半介助 4. 全介助 ( 車いすの使用： 無・有 自走：可・不可 移乗： 可・不可 )		
	食事	1. 可能 2. 声掛け、見守りが必要 3. 半介助 4. 全介助 内容：(主食) 1. 普通食 2. 粥 3. 粥(ペースト状) (副食) 1. 普通食 2. きざみ食 3. 流動食 4. 糖尿病食 5. 鼻腔栄養 6. 胃ろう 7. その他制限等( )		
	排泄	1. 可能 2. 声掛け、見守りが必要 3. 半介助 4. 全介助		
	更衣	1. 可能 2. 声掛け、見守りが必要 3. 半介助 4. 全介助		
	入浴	1. 可能 2. 声掛け、見守りが必要 3. 半介助 4. 全介助		
	身体障害等	無 ・ 有 (障害名 )		
	床ずれ	無 ・ 有 (部位と大きさ )		
精神及び行動の状況	認知症の状況(必須)	正常 ・ I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M ※介護認定を受けた主治医またはご担当のケアマネジャーにご確認下さい。		
	下記の問題行動について、項目ごとに該当する数字を記入して下さい。 ・問題行動がない場合は「1」を記入 ・1ヶ月に1回以上ある場合は「2」を記入 ・1週間に1回以上ある場合は「3」を記入			
	被害妄想になる		感情が不安定になる	
	幻覚や幻聴がある		暴言や暴行がある	
	夜間不眠や昼夜逆転がある		徘徊がある	
	大声や奇声を発する		不潔行為がある	
	収集癖や盗癖がある		自傷行為がある	
	異食行為がある		嘘をつくことがある	
	認知症等の状況や問題行動で困っている点を記入して下さい。 ..... ..... .....			