

(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 八千代市村上641

フリガナ ビコウ ハナコ

利用者氏名 美香 花子 (男・女)

明・大・昭

生年月日 ●● 年 ● 月 ● | (90 歳)

電話番号 047-000-0000

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)	ビコウ タロウ	続柄	夫
	氏名	美香 太郎		
	(郵便番号)	(〒 276 - 0028)		
	住所	八千代市●●1234-564		
電話番号	自宅 047-000-0000	携帯	0●0-0000-0000	

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、該当箇所には○印

入所希望者	氏名： 美香 花子		年齢： 91 歳	性別： 男・ <input checked="" type="radio"/> 女		
要介護状態区分	要介護 1・2・3・4・ <input checked="" type="radio"/> 5					
介護被保険者番号	八千代	<input checked="" type="radio"/> 市・区・町・村				
介護認定有効期間	平成・令和 3 年 ● 月 ● 日 ~ 令和 5 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	<input checked="" type="radio"/> 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）
	美香 太郎	<input checked="" type="radio"/> 同・別	夫	90	なし	主に介護している
	美香 次郎	同・ <input checked="" type="radio"/> 別	次男	65	自営業	八千代市緑が丘西●-■
	美香 梨香子	同・ <input checked="" type="radio"/> 別	三男の嫁	64	主婦	〃
		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 （ 90 ） 歳					
	②介護者の介護負担： <input checked="" type="radio"/> 重い ・ やや重い ・ 軽い ・ なし					
	③介護者の障害や疾病： <input checked="" type="radio"/> あり 病名（ 腰痛・高血圧 ） ・ なし ※ありの場合： 介護困難 ・ 多少 <input checked="" type="radio"/> 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 ・ <input checked="" type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> 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・ <input checked="" type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> 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・ <input checked="" type="radio"/> ほとんどなし						

氏名： 美香 花子

本人の居る所	<input checked="" type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> 美香苑 （その他：）		
既往症名	脳梗塞	治癒時期	平成元年 1 1 月
		治癒時期	年 月
現在の主な病名	脳梗塞後遺症	発症時期	平成2年 4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 checked="" 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	●▲病院	
	電話番号	0 4 7 - 1 ● 1 - 1 1 1 1	
	医療機関所在地	八千代市村上●●-■▲	
	主治医氏名	●● ▲■ 医師	
在宅サービスについて	<input checked="" type="radio"/> 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	●▲支援事業所
		氏名	■ ■ ● ケアマネジャー
		連絡先	0 4 7 - 1 ● 2 - 0 0 0 0
利用中のサービス	デイサービス週●回 ・ ショートステイ月●回		
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： 美香 花子

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	1	感情が不安定になる	1
	幻覚や幻聴がある	1	暴言や暴行がある	1
	夜間不眠や昼夜逆転がある	2	徘徊がある	1
	大声や奇声を発する	1	不潔行為がある	1
	収集癖や盗癖がある	1	自傷行為がある	1
	異食行為がある	1	嘘をつくことがある	1
	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。 月に1回か2回、夜寝ないことがあります。自分で起き上がることはないのでそのままにしています。			
			