

特別養護老人ホームつくばの杜 入所申込書

施設長 殿

申 込 日	年	月	日
受 付 日	年	月	日

申込者（手続きにお見えになった方）

フリガナ 氏 名		続 柄	
住 所	〒 - 【電話番号】 ()		

貴施設に入所したいので、次のとおり申込みます。

フリガナ 名 前		男・女	明大昭	年 月 日生 (歳)	
住 所	〒 - 【電話番号】 ()				
介護保険	被保険者番号	要介護度 1 2 3 4 5			
認定期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日				
健康保険	種 別	記号・番号			
年金等	種 別				
現 況	<input type="checkbox"/> 自宅	病院又は	名称		
	<input type="checkbox"/> 入院中	施設	住所		
	<input type="checkbox"/> 入所中	入院又は入所期間		年 月 日 ~	
心 身 状 態	歩 行	<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 〔おむつ使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜のみ <input type="checkbox"/> 昼夜〕	
	食 事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
		〔主食〕 <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 軟食 <input type="checkbox"/> おかゆ <input type="checkbox"/> ペースト食 <input type="checkbox"/> 流動食 〔副食〕 <input type="checkbox"/> 普通菜 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み食 <input type="checkbox"/> ペースト食			
	入 浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
	着 脱 衣	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
	視 力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 弱視	<input type="checkbox"/> 全盲	
	聴 力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やや難聴	<input type="checkbox"/> 難聴	
	言 葉	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 少し不自由	<input type="checkbox"/> 不自由	
	認知症による行動障害	別表に記載			
医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 床ずれ <input type="checkbox"/> 膀胱カテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門処置 <input type="checkbox"/> その他 () * 現在治療中の病名 () * 受診医療機関 () * 特記事項				

入所を希望する理由	<input type="checkbox"/> 身寄りがなく介護者がいないため <input type="checkbox"/> 定期的な介護可能者が希望地の居住地と同一市町村及び隣接市町村外に住んでいる <input type="checkbox"/> 定期的な介護可能者が希望地の居住地と同一市町村及び隣接市町村内に住んでいる <input type="checkbox"/> 主介護者が病気等に長期入院等の状況により、事実上介護が不可能 <input type="checkbox"/> 主介護者が、要介護状態、病院療養中、障害をきたすなどの状況にあり、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 主介護者が、要支援状態、高齢等の状況にあり、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 主介護者が、複数の介護や育児、または就業しているために十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護者の身体的・精神的負担が大きい <input type="checkbox"/> 病院や他施設等から退院・退所を求められているが、在宅での介護が困難 <input type="checkbox"/> 当該施設を退所して長期入院した後、退院することになったが、居宅での介護が困難 <input type="checkbox"/> その他（ ）
-----------	--

家族の状況	氏名	続柄	年齢	職業	同居 別居 の別	(別居の場合)	
	<small>主介護者には□にチェック</small>					住所	電話番号
	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		
	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		
	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		
	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		

身元引受人	氏名	続柄	住所	電話番号

入所を希望する時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 年 月頃までには入所したい
-----------	---

申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設にのみ申込 <input type="checkbox"/> 他の施設にも申込んでいる (他の施設名) _____ _____
------	---

特記事項	
------	--

在宅サービスの利用状況	居宅介護支援事業所名	
	介護支援専門員氏名	連絡先
	利用しているサービス	<input type="checkbox"/> 通所介護（デイサービス） <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 短期入所介護（ショートステイ） <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> その他（ ）

※介護保険証・直近3ヶ月のサービス利用票及び別表の写しを添付してください。

説明確認欄	私は、入所に関する方法や手続きについて、施設から説明を受けました。また、この申込書にある内容を保険者・在宅介護支援センター・指定するケアマネージャーへの提供することに同意します。 平成 年 月 日 氏名： _____ ㊟
-------	--

つくばの杜 入所申込書（別表）
 （現在の状態についてできるだけ正確に記入してください）

行動について、あてはまる番号に一つだけ□内にチェックを付けてください。

ア. 物を盗られたなどと被害的になることが	□ない	□時々ある	□ある
イ. 作り話をし周囲に言いふらすことが	□ない	□時々ある	□ある
ウ. 実際にはないものが見えたり、聞こえることが	□ない	□時々ある	□ある
エ. 泣いたり、笑ったりして感情が不安定になることが	□ない	□時々ある	□ある
オ. 夜間不眠あるいは昼夜逆転が	□ない	□時々ある	□ある
カ. 暴言や暴行が	□ない	□時々ある	□ある
キ. しつこく同じ話をしたり、不快な音を立てることが	□ない	□時々ある	□ある
ク. 大声を出すことが	□ない	□時々ある	□ある
ケ. 助言や介護に抵抗することが	□ない	□時々ある	□ある
コ. 目的もなく動き回ることが	□ない	□時々ある	□ある
サ. 「家に帰る」などと言い落ち着きがないことが	□ない	□時々ある	□ある
シ. 外出すると病院、施設、家などに一人で戻れなくなる	□ない	□時々ある	□ある
ス. 一人で外に出たがり目が離せないことが	□ない	□時々ある	□ある
セ. いろいろな物を集めたり、無断でもってくるものが	□ない	□時々ある	□ある
ソ. 火の不始末や火元の管理ができないことが	□ない	□時々ある	□ある
（入院中などで火の始末や火元の管理が必要としない場合は「ない」としてください）			
	□ない	□時々ある	□ある
タ. 物や衣類を壊したり、破いたりすることが	□ない	□時々ある	□ある
チ. 不潔な行為を行うことが	□ない	□時々ある	□ある
ツ. 食べられない物を口にすることが	□ない	□時々ある	□ある
テ. ひどい物忘れ（認知症状態の場合は「ない」としてください）	□ない	□時々ある	□ある
ト. その他			