

やまゆり荘・やなぎの里・ぬくもりの家入所申込書

社会福祉法人胆沢やまゆり会 理事長 様

申込日 平成 年 月 日

| | | | | | |
|------|---|----|--------------------------|---------------------|-----|
| 申込者 | 印 | 続柄 | やまゆり荘 | 多床室 | |
| 住 所 | | | 入所希望施設 | やまゆり荘新館 (奥州市内に居住の方) | 個 室 |
| | | | | やなぎの里 (奥州市内に居住の方) | 個 室 |
| | | | | ぬくもりの家 | 個 室 |
| 電話番号 | | | グループホームぬくもりの家(奥州市内に居住の方) | | |

次の者が貴施設に入所したいので申し込みます。

| | | | | | | | |
|--------------------|---|---|--|------|---|---|-----------------------------|
| ふりがな | | | | 性別 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 年齢 | 歳 |
| ご本人の氏名 | | | | 生年月日 | 年 月 日 | | |
| 本人の現住所 | 〒 | | | | 電話番号 | () | |
| 郵便等の送付先 | <input type="checkbox"/> 同上 | <input type="checkbox"/> 上記以外 | 住所 | 〒 | | | |
| 要介護認定状況 | 被保険者番号(右詰め) | | | 保険者 | | | |
| | 要介護度 | <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 ※市町村への照会: 年 月 日 結果: <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <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 | 平成 年 月 日 ~ 年 月 日 | | | | | |
| 介護者の状況 | ふりがな | | | | 性別 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 続柄 |
| | 氏名 | | | | 生年月日 | 年 月 日 | |
| | 居住状況 | <input type="checkbox"/> 同居 | <input type="checkbox"/> 別居(住所) | | | | |
| | 疾病 | <input type="checkbox"/> あり(具体的な症状や治療の頻度) | | | | | <input type="checkbox"/> なし |
| | 就労 | <input type="checkbox"/> 働いている <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 会社等勤務(<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> パート等) <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 働いていない(<input type="checkbox"/> 介護に専念 <input type="checkbox"/> 高齢 <input type="checkbox"/> 健康不安 <input type="checkbox"/> その他() | | | | | |
| | 複数介護 | <input type="checkbox"/> 入所希望者以外の介護や育児あり (具体的に:) | | | | | <input type="checkbox"/> なし |
| 指定居宅介護サービス | <input type="checkbox"/> 指定居宅サービスを利用している(ただし、福祉用具貸与は除く) <input type="checkbox"/> 利用していない | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> 短期入所 上記サービスの週当たりの利用日数 <input type="checkbox"/> 1~2日 <input type="checkbox"/> 3~4日 <input type="checkbox"/> 5~7日 | | | | | | |
| | 住居環境 | 居住形態 | <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) | | |
| 退院・退所後の在宅生活 | 病院名施設名 | 電話番号 | | | 入院等の時期(平成 年 月頃) | | |
| | 退院等の見込み | <input type="checkbox"/> 退院(所)を勧められている <input type="checkbox"/> 退院(所)したい(<input type="checkbox"/> 病気が治った <input type="checkbox"/> 金銭負担が重い) | | | | | |
| | 在宅生活困難理由 | | | | | | |
| 特筆すべき事項(特例入所の要件関連) | <input type="checkbox"/> 認知症があり、日常生活に支障を来している <input type="checkbox"/> 知的障がい、精神障がい等を伴い、日常生活に支障を来している <input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待が疑われる <input type="checkbox"/> 単身世帯等で家族等による支援が期待できない <input type="checkbox"/> 上記で、重度(認知症自立度がⅢA以上)である | | | | | | |
| 医療的処置の状況 | 現病名や既往歴 | | | | | | |
| | 医療的処置の状況 | <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> たんの吸引 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> カテーテル留置 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> その他() | | | | | |
| 参考事項 | 指定居宅介護支援事業所名 | | | | 担当ケアマネジャー | | |
| | 他施設への申込 | <input type="checkbox"/> 当施設のみ申し込み <input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込んでいる <input type="checkbox"/> これから他の施設にも申し込む ※ 既に申し込んでいる施設名: | | | | | |
| | 入所時期の希望 | <input type="checkbox"/> 今すぐにでも入所したい <input type="checkbox"/> 1年以内に入所したい <input type="checkbox"/> 年 月頃入所したい | | | | | |
| | 健康保険種別 | | | | 年金種別 | | |

◎留意事項

- ・要介護度や介護者状況など、入所申込書に記載した事項等が変わった場合、また他の特別養護老人ホームなどに入所した場合は、必ず当施設に連絡してください。
- ・介護保険被保険者証の写しを添付してください。(コピーは当施設でも可能です)

| | |
|--------------|---|
| 説明確認欄 説明者 | 私は、入所申し込みの際、申し込みから入所契約までの手続き及び入所判定順位の決定方法について、施設から説明を受けました。 年 月 日 氏名 印 |
|--------------|---|

| | | | | | | |
|------------------------------|--|----|---------------------|----|----|-----|
| 利用希望者の状況 | 病名 | | | | | |
| | 特別な治療 経管栄養・胃ろう・インシュリン・感染症(有・無・不明)・IVH・その他() | | | | | |
| | 病歴 | | | | | |
| | 病院、老健等に入っている場合 名称() | | | | | |
| 利用(入院)期間 年 月 日 ~ 年 月 日 | | | | | | |
| 身体状況 | | | 日常生活活動の状況 | | | |
| ア. 身長: 約_____cm | | | ア. 歩行自分で可・一部介助・全介助 | | | |
| 体重: 約_____kg | | | イ. 排泄自分で可・一部介助・全介助 | | | |
| イ. 視力 普通・弱視・全盲・不明 | | | ウ. 食事自分で可・一部介助・全介助 | | | |
| ウ. 聴力 普通・やや難聴・難聴・不明 | | | エ. 入浴自分で可・一部介助・全介助 | | | |
| エ. 言葉 普通・少し不自由・不自由 | | | オ. 着脱衣自分で可・一部介助・全介助 | | | |
| オ. 褥瘡 無 ・ 有(程度) | | | | | | |
| カ. おむつ 無 ・ 有 | | | | | | |
| 認知症 有 ・ 無 | | | | | | |
| 状況(問題行動等) | | | | | | |
| 家族及び近親者の状況 | 氏名 | 続柄 | 年齢 | 同居 | 住所 | 勤務先 |
| | 主介護者 | | | | | |
| | 生計中心者 | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| 主介護者の健康状態 良い ・ 普通 ・ 良くない() | | | | | | |
| 通院回数 週_____回 月_____回 年_____回 | | | | | | |
| 希望する理由 | | | | | | |
| 本人の意向… | | | | | | |
| 家族の意向… | | | | | | |