

まえさわ苑入所申込書

(表面)

申込日 令和 年 月 日

まえさわ苑施設長 阿部 芳昭 様

申込者
ご本人
ご家族
代理人

住 所		
ふりがな		本人との続柄
氏 名		
電 話 番 号		

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	大正 昭和	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					保 険 者		
	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						
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 齢	歳
	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()						
	複 数 介 護	<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()						<input type="checkbox"/> なし
指定居宅サービスの利用状況	<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	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)				
	介護環境	特記事項(トイレや浴室等)						
病院、介護保険施設等への入院(入所)の状況	病院名 施設名	電話番号			入院等の時期(令和 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)			
	在宅生活困難の理由							
緊 急 性	<input type="checkbox"/> 介護サービスを提供する事業所が地域に無い		<input type="checkbox"/> 介護者が急死又は長期入院		<input type="checkbox"/> 食事が提供されない		<input type="checkbox"/> 経済的困窮	<input type="checkbox"/> 虐待が疑われる
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"/> 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						
参 考 事 項	居宅介護支援事業所名				担当ケアマネジャー			
	他の施設への申込	<input type="checkbox"/> 当施設のみに申込み		<input type="checkbox"/> 他の施設にも申込んでいる		<input type="checkbox"/> これから他の施設にも申込み		
		※既に申込んでいる施設名:						
	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"/> 年後頃入所したい						
	行 動 障 害	<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 弄便 <input type="checkbox"/> その他()						
健康保険種別	国保 後期高齢		年金種別		国民 厚生 遺族 障害 その他			

注)介護保険の被保険者証をご持参の上、施設に提示して下さい。

【申込者の身体機能】

(裏面)

麻痺	1. なし 2. あり (全身・右側・左側・上肢・下肢)	
拘縮	1. なし 2. あり (全身・右側・左側・肩・脇・肘・手・股・膝・足)	
褥瘡	1. なし 2. あり (部位:)	
視力	1. 普通 2. 少し見える 3. あまり見えない 4. 全盲	
聴力	1. 普通 2. やや遠い 3. かなり遠い 4. 不能 (補聴器: 有・無)	
言語	1. 普通 2. 少し不自由 3. 不自由	
移動	1. 自立 2. 一部介助 (杖・歩行器・シルバーカー・車いす) 3. 不能	
座位	1. 自立 2. 一部介助 3. 全介助	
立位	1. 自立 2. 一部介助 3. 全介助	
寝返り	1. 自立 2. 一部介助 3. 全介助	
更衣着脱	1. 自立 2. 一部介助 3. 全介助	
行動範囲	1. 制限無 2. 家の庭程度 3. 家の中 4. 本人居室内 5. ベッド上のみ	
意思疎通	1. 通じる 2. ある程度通じる 3. ほとんど通じない	
食 事	1. 自立 2. 一部介助 3. 全介助 4. 経管栄養 (回/日・ cc・ kcal)	
	主食	1. 常食 2. 粥 3. ミキサー
	副食	1. 常食 2. 刻み 3. 超刻み 4. ミキサー
	摂取状況	1. 問題なし 2. むせやすい 3. 呑込が悪い 4. その他()
	嗜好	
義 歯	1. なし 2. あり (上 ・ 下)	
排 泄	1. 自 立 2. 一部介助 (要誘導) 3. 全介助 (ポータブルトイレ・便尿器・紙パンツ ・尿取りパット・夜間のみオムツ・昼夜オムツ・カテーテル)	
入 浴	1. 自立 (一般浴) 2. 一部介助 (一般浴・特浴) 3. 全介助 (特浴)	
整 容	1. 自立 2. 一部介助 3. 全介助	
洗 濯	1. 自立 2. 一部介助 3. 全介助	
金銭管理	1. 自立 2. 一部介助 3. 全介助	
服薬管理	1. 自立 2. 一部介助 3. 全介助	
入所希望確認欄	<p>1 既存(さくら館)希望</p> <p>2 ユニット(つつじ館)希望</p> <p>3 折居館 希望</p> <p>4 グループホーム希望</p> <p>※上記、入所を希望する施設1～4に○ 丸印をして下さい。複数希望可</p> <p>※上記、2～4は、奥州市の方のみ入所出来ます。</p> <p>※上記4は、認知症の方で、かつ共同生活を継続して出来る方が入所出来ます。</p>	
<p>【留意事項】希望対象者の要介護度等、記載内容に変更が生じた場合または、他の施設等へ入所された場合等、お亡くなりになった等の場合、必ず当施設に連絡をお願いします。(電話で宜しいです)</p>		
<p>【説明確認欄】私は、入所申込みに際し、申込みから申込み契約までの手続き及び入所順位の決定方法について、貴職員(職 氏名)から説明を受けました。</p> <p>令和 年 月 日 氏名 印 (間柄)</p>		