

指定介護老人福祉施設南三咲・三咲館 入所申込書

| | |
|---------|----------|
| 申込み日 | 平成 年 月 日 |
| *申込み受付日 | 平成 年 月 日 |

* 受付日は施設で記入します。

指定介護老人福祉施設 南三咲・三咲館 施設長 様

(入所希望者)

〒

住所

(フリガナ)

氏名

(男・女)

明・大・昭

生年月日

年 月 日 (歳)

電話番号

指定介護老人福祉施設南三咲・三咲館に入所したいので、関係書類を添えて申し込みます。

※ 居室のご希望について下記のいずれかに○をご記入下さい。

1. 多床室(南三咲) 2. ユニット型個室(三咲館) 3. どちらでも可

| | | | | |
|------------|-------|---|----|--|
| 身元引受人 ① | ふりがな | | 続柄 | |
| | 氏名 | | | |
| | 住所 | 〒 | | |
| | 電話番号 | | | |
| | 日中連絡先 | | | |
| 身元引受人 ② | ふりがな | | 続柄 | |
| | 氏名 | | | |
| | 住所 | 〒 | | |
| | 電話番号 | | | |
| | 日中連絡先 | | | |

[備考] ・ 今後、施設からの連絡は、上記の身元引受人の方にします。

・ 申込書を提出する際には、『介護保険被保険者証』のコピーを添付してください。

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 |
| 要介護状態区分 | 要介護 | 1・2・3・4・5 | 生年月日 | 明・大・昭 | 年 月 日 |
| 介護被保険者番号 | 市・区・町・村 | | | | |
| 介護認定期間 | 平成 | 年 | 月 | 日 | ～平成 |
| 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 |
| 同居の家族構成 | 氏 名 | 続柄 | 年齢 | 職業 | 日中連絡先 |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| 同居以外の家族構成 | ※近隣者の状況（同居以外の子供。子供がいない場合は、兄弟、甥、姪） | | | | |
| | 氏 名 | 続柄 | 年齢 | 職業 | 住所 |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| 主な介護者 | | 氏名： | | 続柄： | |
| 介護者の状況 | 1. 介護する人がいない。 | | | | |
| | 2. 介護者が高齢である。（ 歳） | | | | |
| | 3. 介護者が病弱である。（病名： 通院先： ） | | | | |
| | 4. 複数の人を介護している。（他の要介護者氏名： ） | | | | |
| | 5. 主たる介護者が生計中心者として働いている。 | | | | |
| | 6. その他（ ） | | | | |

入所申込書

※ 空欄に記載、該当箇所に○印

| | | | | | |
|----------------------|---|----------------------|----------------------|-----|----|
| 氏名： | | | | | |
| 本人の居る場所 | 1. 自宅 2. 病院 3. 他施設（施設の種類： <input type="text"/> ） 4. その他（ <input type="text"/> ） | | | | |
| | 自宅以外 の場合 | 名 称 | <input type="text"/> | | |
| | | 所 在 地 | <input type="text"/> | | |
| | | 電 話 | <input type="text"/> | | |
| 特養への申込状況 | ・ 三山園 ・ ワールドナーシングホーム ・ 船橋梨香園 ・ 古和釜恵みの里 ・ 南生苑 ・ 船橋百寿苑 ・ 船橋あさひ苑 ・ 第2ワールドナーシングホーム ・ さわやか苑 ・ ローゼンヴィラ藤原 ・ オレンジガーデン ・ 船橋市朋松苑 ・ 船橋健恒会ケアセンター ・ 習志野台みゆき苑 ・ ひかりの郷 ・ さくら館 ・ プレーゲ船橋 ・ つばい愛の郷 ・ たか音の杜 ・ 船橋笑寿苑 ・ みやぎ台南生苑 ・ 船橋健恒会ケアセンター南館 ・ 船橋愛弘園 ・ アグリ・ケアホームいこいの森 ・ その他（ <input type="text"/> ） | | | | |
| 既 往 症 名 | <input type="text"/> | 治療時期 | 昭・平 | 年 月 | 病院 |
| | <input type="text"/> | 治療時期 | 昭・平 | 年 月 | 病院 |
| | <input type="text"/> | 治療時期 | 昭・平 | 年 月 | 病院 |
| 現在の主な病名 | <input type="text"/> | 発症期間 | 昭・平 | 年 月 | 病院 |
| | <input type="text"/> | 発症期間 | 昭・平 | 年 月 | 病院 |
| | <input type="text"/> | 発症期間 | 昭・平 | 年 月 | 病院 |
| 糖尿病の方にお聞きます | 飲み薬 無 ・ 有 | | | | |
| | インスリン注射 無 ・ 有 （ <input type="text"/> 回／日） | | | | |
| かかりつけの医療機関 主治医師名等 | 医療機関名 | <input type="text"/> | | | |
| | 電話番号 | <input type="text"/> | | | |
| | 医療機関住所 | <input type="text"/> | | | |
| | 主治医氏名 | <input type="text"/> | | | |
| 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 | | | | |
| | ケアマネージャー | 事業所名 | | | |
| | | 氏名 | | | |
| | | 連絡先 | | | |
| 利用中のサービス | <input type="text"/> | | | | |
| 入所を希望する理由 | 在宅で介護ができない状況をわかりやすく記入して下さい。 | | | | |

※ 空欄に記載、該当箇所にレ・○印

| | | | | | |
|-------------------------------|--|---|---|--|----------|
| 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. 大きい声なら聞こえる 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. シルバーカーで可能 4. 半介助 5. 全介助 | | | |
| | | (車椅子の使用: 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 : 1. 普通食 2. 全粥食 3. 一口大 4. きざみ食 5. 極きざみ食 6. 流動食 | | | |
| | | 7.ゼリー食 8. 糖尿病食 9. 鼻腔栄養 10. 胃ろう 11. その他() | | | |
| | 排泄 | 日中 | □自立 □簡易式トイレ使用 □声掛け、見守りが必要(パンツ・オムツ) □全介助 | | |
| | | 夜間 | □自立 □簡易式トイレ使用 □声掛け、見守りが必要(パンツ・オムツ) □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) 種 級 | | | | |
| 床ずれ | 無・有(部位:), 大きさ:(cm× cm) | | | | |
| 医療ケア | 処置 | 1. 吸引 2. 在宅酸素 3. 人工肛門 4. 膀胱ろう 5. その他() | | | |
| | 感染症 | 1. B型肝炎 2. C型肝炎 3. 疥癬 4. 結核の既往 5. その他() | | | |
| 精神及び行動の状況 | 認知症の状況 | 正常・Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲ・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・M (担当ケアマネージャーに確認をして下さい。) | | | |
| | 下記の行動障害について、項目ごとに該当する数字を記入してください。 ・行動障害がない場合は『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 | | | | |
| | 被害的 | | 常時の徘徊 | | 落ち着きなし |
| | 作話 | | 暴言・暴力 | | 外に出て戻れない |
| | 幻視・幻聴 | | 同じ話をする | | 収集癖 |
| | 感情が不安定 | | 大声を出す | | 一人で出たがる |
| | 昼夜逆転 | | 介護に抵抗 | | 火の不始末 |
| | 不潔行為 | | 異食行動 | | 物や衣服を壊す |
| | ひどい物忘れ | | 放尿・放便 | | 性的迷惑行為 |
| 認知症状等の状況や問題行動で困っている点を記入して下さい。 | | | | | |

生活状況表

申込み希望者名：

(裏面の例を参考に必ず記入してください)

項目1: 入所希望者本人の生活歴、性格的な特徴、嗜好・趣味などをお書き下さい(記入必須)

*性格・趣味などは箇条書きでも構いません。

(出来るだけ詳細にお書き下さい。個人的な情報ですので第三者への情報提供はいたしません)

項目2: 入所希望者が施設で生活を送る上での、ご家族からのご要望をお書き下さい。(記入必須)

【記入例】

| |
|---|
| 項目1: 申込者本人の生活歴、性格的な特徴、嗜好・趣味などをお書き下さい(記入必須) |
| * 性格・趣味などは箇条書きでも構いません。 |
| <例文> (出来るだけ詳細にお書き下さい。個人的な情報ですので第三者への情報提供はいたしません) |
| 大正〇〇年、〇〇県生まれ、農家の〇人兄弟の次男として生まれる。 |
| 尋常小学校卒業後は実家の農業を手伝う。昭和〇年(才)頃結婚し1男二女をもうける。 |
| 昭和〇年(才)、戦争出兵のため〇〇へ赴く。終戦後帰国し〇〇県に移住。雑貨店を経営する。 |
| 昭和〇年(才)で店を閉じる。その間特に大きい病気はしていない。平成〇年(才)、船橋市内に住む長女家族と同居をはじめ、平成〇〇年(才)脳出血を発症し〇〇病院に救急搬送され入院。 |
| 手術をし同年〇月に〇〇病院転院。リハビリを行い杖歩行で歩けるまで回復し平成〇年(才)退院。 |
| 退院後はデイサービスに週1回通っていた。平成〇年(才)頃から物忘れが目立つようになり、徐々に自宅での介護が困難になる。現在はショートステイを月1週間程度とデイサービスを週3回利用している。 |
| 趣味: 特になし 嗜好: タバコ、酒 |
| 性格: 普段は穏やかだが、気に入らないことがあると興奮して大きい声を出すことがある。 |
| |
| 項目2: 入所希望者が施設で生活を送る上での、ご家族からのご要望をお書き下さい。(記入必須) |
| ・なるべく出来ることは自分でやらせて欲しい。 |
| ・施設行事にはなるべく参加させて欲しい。 |
| ・お金のことには敏感に反応し、興奮することがあるので、お金の話はしないで欲しい。 |
| ・寿司や甘い菓子が好きです。 |
| ・左腕の痛みがあり、触るといたがるので注意してください。 |
| ・トイレに行きたい時に落ち着かなくなるので、落ち着きがなくなったらトイレに誘導して欲しい。 |
| |
| ……など、出来るだけ詳しく記入してください。 |
| |
| |