

特別養護老人ホーム立縫の里 入所申込書

新規 変更(継続)

注)入所希望者本人の心身の状況を把握している方が、太線内を正確にご記入ください。ご不明な場合は、生活相談員若しくは介護支援専門員(ケアマネジャー)にご相談ください。事実と相違する場合は、優先順位が変更されます。

申込者	フリガナ		続柄		連絡先	連絡①	-	-	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先
	氏名					連絡②	-	-	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先
	郵便番号 住所	〒	-			携帯	-	-	

介護支援専門員	フリガナ		事業所	
	氏名		FAX	-
	連絡先	-	-	

介護保険被保険者証	介護保険者番号		要介護	1・2・3・4・5	要支援	1・2	
	被保険者番号		有効期間	平成	年	月	日
フリガナ		性別	～	年	月	日	
氏名		男・女	生年月日	(M・T・S)	年	月	日(歳)
郵便番号 住所	〒	-					
年金等	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害年金	食事減免段階		1・2・3・4			
	<input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> 恩給 <input type="checkbox"/> 生活保護	身体障害者手帳		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
	【収入：円 / 2ヶ月】		【第種級】				

現在の状況及び介護サービスの利用状況	該当する番号に○	1 施設	<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 介護付き有料老人ホーム <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 療養型病床 <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> ケアハウス <input type="checkbox"/> 住宅型有料老人ホーム ⇒入所・入居中の施設名【
		2 病院	入院治療中の病院名【
		3 在宅	<input type="checkbox"/> 訪問介護(週回以上) <input type="checkbox"/> 訪問入浴(週回以上) <input type="checkbox"/> 訪問看護(週回以上) <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ(週回以上) <input type="checkbox"/> デイサービス(週回以上) <input type="checkbox"/> デイケア(週回以上) <input type="checkbox"/> 短期入所(月回以上) <input type="checkbox"/> 短期入所療養(月回以上) <input type="checkbox"/> サービスの利用なし <input type="checkbox"/> その他()

入所希望者本人の状態	食事摂取	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経管栄養(年月より)
	排泄面	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	入浴面	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	認知症の症状(番号に○をつけ、カッコ内は項目にチェック)	1 なし 2 あり <input type="checkbox"/> アルツハイマー型認知症 <input type="checkbox"/> 脳血管性認知症 <input type="checkbox"/> レビー小体型認知症 <input type="checkbox"/> 老人性認知症 <input type="checkbox"/> その他() 3 周辺症状 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> 収集癖 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 自傷行為 <input type="checkbox"/> 他傷行為 <input type="checkbox"/> 幻覚妄想 <input type="checkbox"/> 声出し <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> セクハラ <input type="checkbox"/> ひどい物忘れ

記入年月日: 平成 年 月 日

センター管理番号

入所希望者本人の情報	医療情報	医療的処置(番号に○をつけ、カッコ内は項目にチェック) 1 なし 2 あり <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 褥創の処置 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル留置 <input type="checkbox"/> 常時吸引 <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 皮膚疾患 <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> その他()
	既往歴及び現病名	<input type="checkbox"/> 脳疾患(脳梗塞後遺症 脳内出血後遺症 その他:) <input type="checkbox"/> 心疾患(狭心症 心不全 心筋梗塞 ペースメーカー埋め込み術後) <input type="checkbox"/> 変形性関節症(膝 腰椎 股関節 脊柱管椎症 その他:) <input type="checkbox"/> 骨折(大腿骨骨折 股関節骨折 その他:) <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> パーキンソン病 <input type="checkbox"/> リウマチ <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 腎不全 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大症 <input type="checkbox"/> 便秘症 <input type="checkbox"/> その他()

注)入所希望者の状況をより正確に把握するために記入をお願いします。状況について問い合わせる場合もあります。

入所希望者本人・家族の状況	それぞれ該当する番号等にチェック	(1)入所希望者本人の状況 <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者(65歳以上)のみの世帯 <input type="checkbox"/> 同居家族がいる <input type="checkbox"/> 住む家がない				
		(2)主たる介護者である家族の状況				
		1 主たる介護者である家族がいない(音信不通を含む)				
		2 主たる介護者である家族が入院・入所・県外				
		3 主たる介護者である家族はいるが、(<input type="checkbox"/> 要介護、 <input type="checkbox"/> 要支援、 <input type="checkbox"/> 高齢、 <input type="checkbox"/> 療養、 <input type="checkbox"/> 障害、 <input type="checkbox"/> 就労、 <input type="checkbox"/> 育児、 <input type="checkbox"/> 他介護)のため介護ができない				
	4 主たる介護者である家族はいるが、上記以外の理由で介護が困難である					
	5 いずれにも該当しない					
	主たる介護者	フリガナ		続柄	性別	生年月日(年齢)
		氏名			男・女	(T・S) 年 月 日(歳)
		住所			電話番号	- -
その他協力者	氏名			男・女	電話番号 - -	
	氏名			男・女	電話番号 - -	
	氏名			男・女	電話番号 - -	

入所希望状況	長期入所希望(該当する箇所にチェック)	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所 <input type="checkbox"/> 早めにお願ひしたい <input type="checkbox"/> 将来的にお願ひしたい <input type="checkbox"/> その他()
	入所希望施設()に希望番号記入	()立縫の里 ()永寿園 ()牧水園 ()伊勢の郷
	自由記入欄	※立縫の里 静妙庵(グループホーム)に入所希望 【 <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない】 ※短期入所(ショートステイ)の利用を希望 【 <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない】

同意書	1 特別養護老人ホームへの入所が円滑に行われるように支援するため、入所申込に必要な範囲に限り、入所希望施設に対し、申込み内容に関する情報を提供することに同意します。	
	2 取扱う情報は、日向市内特別養護老人ホーム4施設にて管理し共有することに同意します。 平成 年 月 日	
	入所希望者 本人または申込者 氏名	㊟

記入例 特別養護老人ホーム 立縫の里入所申込書

新規 変更(継続)

注)入所希望者本人の心身の状況を把握している方が、太線内を正確にご記入ください。ご不明な場合は、生活相談員若しくは介護支援専門員(ケアマネジャー)にご相談ください。事実と相違する場合は、優先順位が変更されます。

申込者	フリガナ	タチヌイ タロウ	続柄	続柄	連絡①	0982-00-0000	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先
	氏名	立縫 太郎	長男		連絡②	-	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先
	郵便番号 住所	〒 889-1111 日向市美々津町4074番地			携帯	090-0000-0000	

介護支援専門員	フリガナ	〇〇 〇〇〇	事業所	現在利用している事業所を記入 (例:立縫の里 居宅介護支援センター)
	氏名	現在のケアマネジャーの名前	FAX	-
	連絡先	-		

介護保険被保険者証	介護保険者番号	〇〇〇〇〇〇〇〇	要介護	1・2・3・4・5
	被保険者番号	〇〇〇〇〇〇〇〇	有効期間	平成 年 月 日 ~ 年 月 日
	フリガナ	タチヌイ ハナコ	性別	男・女
氏名	立縫 花子	生年月日	(M・T・S) 2年 12月 31日 (99歳)	
年金等	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> 恩給	食事減免段階	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
現在の年金種類と年金額を記入	【収入: 円 / 2ヶ月】	障害者手帳の有無を必ず記入	【第 種 級】	

入所希望者本人の状況及び介護サービスの利用状況	1 施設	<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 介護付き有料老人ホーム <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 療養型病床 <input type="checkbox"/> ケアハウス <input type="checkbox"/> 住宅型有料老人ホーム ⇒入所・入居中の施設名【
	2 病院	入院治療中の病院名【
	3 在宅	<input type="checkbox"/> 訪問介護(週 回以上) <input type="checkbox"/> 訪問入浴(週 回以上) <input type="checkbox"/> 訪問看護(週 回以上) <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ(週 回以上) <input type="checkbox"/> デイサービス(週 回以上) <input type="checkbox"/> デイケア(週 回以上) <input type="checkbox"/> 短期入所(月 回以上) <input type="checkbox"/> 短期入所療養(月 回以上) <input type="checkbox"/> サービスの利用なし <input type="checkbox"/> その他()

入所希望者本人の状態	食事摂取	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 経管栄養(年 月より)
	排泄面	<input type="checkbox"/> 自立
	入浴面	<input type="checkbox"/> 自立
認知症の症状(番号に○をつけ、カッコ内は項目にチェック)【複数選択可】	1 なし 2 あり <input type="checkbox"/> アルツハイマー型認知症 <input type="checkbox"/> 脳血管性認知症 <input type="checkbox"/> レビー小体型認知症 <input type="checkbox"/> 老人性認知症 <input type="checkbox"/> その他()	
3 周辺症状	<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> 収集癖 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 自傷行為 <input type="checkbox"/> 他傷行為 <input type="checkbox"/> 幻覚妄想 <input type="checkbox"/> 声出し <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> セクハラ <input type="checkbox"/> ひどい物忘れ	

記入年月日: 平成 年 月 日

センター管理番号

入所希望者本人の情報	医療的処置(番号に○をつけ、カッコ内は項目にチェック)	1 なし 2 あり <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 褥創の処置 <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> その他()
	既往歴及び現病名	<input type="checkbox"/> 脳疾患(脳梗塞/脳出血/脳腫瘍/脳血管性認知症) <input type="checkbox"/> 心疾患(狭心症/心不全/心臓病) <input type="checkbox"/> 変形性関節症(膝関節/肘関節/肩関節/脊柱管椎症 その他:) <input type="checkbox"/> 骨折(大腿骨/小指/関節骨折 その他:) <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 腎不全 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大症 <input type="checkbox"/> 便秘症 <input type="checkbox"/> パーキンソン病 <input type="checkbox"/> リウマチ

注)入所希望者の状況をより正確に把握するために記入をお願いします。状況について問い合わせる場合もあります。

入所希望者本人・家族の状況	(1)入所希望者本人の状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者(65歳以上)のみの世帯
	(2)主たる介護者である家族の状況	1 主たる介護者である家族がいない(音信不通を含む) 2 主たる介護者である家族が入院・入所・県外 3 主たる介護者である家族はいるが、(□要介護、□要支援、□高齢、□療養、□障害、□就労、□育児、□他介護)のため介護ができない 4 主たる介護者である家族はいるが、(□要介護、□要支援、□高齢、□療養、□障害、□就労、□育児、□他介護)のため介護が難しい 5 いずれにも該当しない
	主たる介護者	フリガナ 氏名 住所 電話番号 立縫 花子 日向市美々津町4074番地 (S) 39年 12月 31日 (50歳)
	その他協力者	フリガナ 氏名 住所 電話番号 立縫 花男 夫 男・女 電話番号 0982 - 58 - 1177 立縫 桃子 長男の妻 男・女 電話番号 090 - 5800 - 0800 立縫 次郎 孫 男・女 電話番号 080 - 5800 - 0600
	その他協力者	フリガナ 氏名 住所 電話番号 立縫 次郎 孫 男・女 電話番号 080 - 5800 - 0600

入所希望状況	長期入所希望(該当する箇所にチェック)	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所 <input type="checkbox"/> 将来的に希望する(希望する施設に希望番号を記入して下さい)【例】立縫の里を1番に希望すれば(1)と
	入所希望施設()に希望番号記入	()立縫の里 ()水戸園 ()伊勢の郷
	自由記入欄	※立縫の里 静妙庵(グループホーム)に入所希望 【 <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない】 ※短期入所(ショートステイ)の利用を希望 【 <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない】

同意書	1 特別養護老人ホームへの入所が円滑に行われるように入所希望施設に対し、必要事項を記入し、同意をお願いします。
	2 取扱う情報は、日向市に提供させていただきます。グループホーム・短期入所のご希望のチェックを必ずどちらかに記入をお願いします。
入所希望者本人または申込者	氏名 立縫 太郎 平成 年 月 日