

様式1

指定介護老人福祉施設 第二万寿園入所申込書

申込日 令和 年 月 日

ふりがな		続柄	本人の住所	〒	—	電話	()			
申請書記入者のお名前										
ふりがな		性別	男・女	生年月日	明大昭	年	月	日	満	歳
入所申込者のお名前										
被保険者番号						保険者	区・市・町・村			
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									
入所申込についての問合せ先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅以外 ▽問合せをさせていただく方のお名前 () (続柄) ▽問合せ先の電話 (自宅以外の方) () ▽問合せ先の住所 (自宅以外の方) 〒 —									
同居の方について	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> ご夫婦のみ (相手の方の年齢 歳) <input type="checkbox"/> ご夫婦以外に同居者がいる									
主に介護している方について	介護する方は <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない 主に介護される方は <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病弱 <input type="checkbox"/> 病気で治療中 <input type="checkbox"/> 障害がある 主に介護される方は <input type="checkbox"/> 働いている <input type="checkbox"/> 働いていない									
介護を手伝う方について	介護を手伝う方は <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない 手伝う方がいる場合その方は <input type="checkbox"/> 親族 <input type="checkbox"/> 近所の方 <input type="checkbox"/> それ以外の方 ()									
お住まいについて	今のお住まいは <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅以外 自宅以外にお住まいの方は、戻る家が <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 立退きを求められている <input type="checkbox"/> 家屋の老朽化が激しい									
介護する上で住宅の問題について	<input type="checkbox"/> エレベーターのない集合住宅の2階に住んでいる <input type="checkbox"/> 自分の部屋がない <input type="checkbox"/> 自分の部屋とは別の階にトイレや風呂がある) <input type="checkbox"/> その他 (具体的に)									
その他あてはまるもの	<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 大声や奇声) <input type="checkbox"/> その他の行為 (具体的に)) <input type="checkbox"/> 医療器具を使っている (具体的に)) <input type="checkbox"/> 病気がある (具体的な病名))									

現在受けている介護や治療の様子について

ご自宅以外での介護や治療 ※ご自宅にいる方は未記入	現在いらっしゃるのとは <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム <input type="checkbox"/> ケアハウス <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> その他 () ▽施設の名称 () ▽入所・入院開始日 年 月 日～									
ケアプランなどについて	ケアプランは <input type="checkbox"/> 作っている <input type="checkbox"/> 作っていない 相談できる介護支援専門員は ▽介護支援専門員の氏名 () ▽事業所名 () ▽電話 ()									
在宅サービスについて	在宅サービスは <input type="checkbox"/> 使っている <input type="checkbox"/> 使っていない 今後の利用は <input type="checkbox"/> 今のままでよい <input type="checkbox"/> もっと増やしたい <input type="checkbox"/> サービスの使い方を改善したい (具体的に)									

私は、第二万寿園の入所に関する方法や手続きについて説明を受けました。この申込書にある内容を保険者・地域包括支援センター・指定するケアマネジャーへ提供することに同意します。

また、第二万寿園へ入所が決定した場合は、保険者・市内の介護老人福祉施設へ入所決定したことを、通知することに同意します。

特別養護老人ホーム第二万寿園 施設長 様

令和 年 月 日

氏名 _____

様式2

入所申込者氏名 _____

ご本人の心身の状態についてご記入下さい。

項目	あてはまる状態を○でお囲みください。	具体的内容
立位	可・不可・支えがあればできる	
座位	可・不可・支えがあればできる	
移動	独歩・つたい歩き・杖歩行 歩行器使用・車椅子使用(自力操作可・要介助)	
麻痺	無・有(右半身・左半身)	
食事	自立・一部介助・全介助	
排泄	自立・一部介助・全介助 オムツの着用(していない・夜間のみ・終日)	
	尿意(有・無) 便意(有・無)	
入浴	自立・一部介助・全介助	
更衣	自立・一部介助・全介助	
視力	普通に見える・見えにくい・見えない	
聴力	普通に聴こえる・聞こえにくい・聞こえない	
認知症	無・有(軽度・中度・重度)	
意思疎通	支障なく行える・基本的な内容は行える・行えない	

医療状況 わかる範囲でご記入下さい。

現在治療中の病気
これまでかかった病気
現在必要としている医療的処置(あてはまるものがありましたら○をつけて下さい)
経管栄養(鼻腔 胃ろう 腸ろう) 中心静脈栄養 在宅酸素 人工透析 ペースメーカー 尿管カテーテル インスリン注射 その他()

*第二万寿園は、ユニット型個室(1人部屋60床)と多床室(4人部屋44床)に居室の種類が分かれています。*別紙「利用料金表」も参考にさせていただき、希望する居室の種類等についてご記入下さい。(記入がない場合には、入所調整ができなくなる場合がありますので、必ずご記入ください)

居室の種類	1. ユニット型個室 2. 多床室(4人部屋)
入所時期	1. すぐにでも入所したい。 2. 必要性が生じたときに入所を希望する。
本人の収入	1. 収入なし 2. 80万円以下 3. 80万円以上
生活状況	1.生活保護受給中(保険者:) 2.年金生活 3.家族による金銭支援