

東村山市指定介護老人福祉施設入所申込書

申込日 年 月 日

東村山市内介護老人福祉施設 施設長 殿

次のとおり、介護老人福祉施設の入所を申し込みます。なお、私の入所に関する必要な情報について、保険者・地域包括支援センター・指定する介護支援専門員との間で授受することに同意します。

1. 申込書記入者の情報

ふりがな		住所	〒
氏名			
入所希望者との関係		連絡先	

2. 入所希望者の基本情報

ふりがな				住所	〒
氏名					
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	年 月 日	年齢	歳
保険者名	被保険者番号				
現在の居所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 他施設（施設の種類： ） <input type="checkbox"/> その他（ ）				
	自宅以外の場合	病院・施設の名称			
		入院・入所開始日		年 月 日	
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				
認定有効期間	年 月 日 から 年 月 日まで				
この申込書の問い合わせ先	<input type="checkbox"/> 入所希望者 <input type="checkbox"/> 申込書記入者 <input type="checkbox"/> その他				
	連絡先				
	その他の場合	氏名			続柄
住所		〒			

3. 入所希望者の家族構成

家族構成	氏名	続柄	年齢	同居別居	住所 (別居の場合のみ記入)	主たる介護者 (該当に○)
					<input type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別	〒
				<input type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別	〒	
				<input type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別	〒	
				<input type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別	〒	
				<input type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別	〒	

4. 入所希望者を介護する主たる介護者の情報

主たる介護者の情報	<input type="checkbox"/> 病気がある	病名		通院治療	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	<input type="checkbox"/> 入院中である	入院期間	年 月 日 から	年 月 日	まで	
	<input type="checkbox"/> 障害がある	障害の程度				
	<input type="checkbox"/> 病弱である	<input type="checkbox"/> 就労中である	<input type="checkbox"/> 介護を手伝う人がいない			
	<input type="checkbox"/> その他（	）				

5. 入所希望者の住宅の情報

住宅の情報	<input type="checkbox"/> 自宅以外に住んでいる場合、戻る自宅がある		<input type="checkbox"/> 家屋の老朽化が著しい
	<input type="checkbox"/> エレベーターのない集合住宅の2階以上に住んでいる		<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"/> 立ち退きを求められている
	<input type="checkbox"/> その他（		

6. 入所希望者の身体機能等の情報

身体機能及び生活機能等の情報	身体	身長	cm	体重	kg
	歩行	<input type="checkbox"/> つかまらないでできる		<input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる <input type="checkbox"/> できない	
	入浴	<input type="checkbox"/> 介助されていない		<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 行っていない	
	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い		<input type="checkbox"/> ほとんど見えない <input type="checkbox"/> 全く見えない	
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い		<input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない <input type="checkbox"/> 全く聞こえない	
	食事摂取	<input type="checkbox"/> 介助されていない		<input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	排尿	<input type="checkbox"/> 介助されていない		<input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	排便	<input type="checkbox"/> 介助されていない		<input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	着脱衣	<input type="checkbox"/> 介助されていない		<input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	意思伝達	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> とときどきできる		<input type="checkbox"/> ほとんどできない <input type="checkbox"/> できない	

7. 認知症の行動等の状況

認知症の行動及び心理症状	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	ある場合	<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行
		<input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為
<input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> その他 ()		

8. 入所希望者の医療の情報

現在の病名	発症時期	年 月
	発症時期	年 月
	発症時期	年 月
既往病名	治癒時期	年 月
	治癒時期	年 月
	治癒時期	年 月

9. 入所希望者への特別な医療

特別な医療	<input type="checkbox"/> 受けている <input type="checkbox"/> 受けていない
受けている場合の処置内容	<input type="checkbox"/> 点滴の管理 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> ストーマ(人工肛門)の処置
	<input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> レスビレーター(人工呼吸器) <input type="checkbox"/> 気管切開の処置 <input type="checkbox"/> 疼痛の看護
	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等) <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置
	<input type="checkbox"/> カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル、ウロストーマ等)
<input type="checkbox"/> 血糖値測定・インスリン注射	

10. 在宅サービスの利用状況等

ケアプランの作成	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
	ありの場合	介護支援専門員の氏名		
		介護支援専門員のいる事業所名		
利用している在宅サービスの直近1ヶ月の利用回数等	サービス種別	回数等	サービス種別	回数等
	訪問介護・訪問型サービス	回	福祉用具貸与	品目
	訪問入浴介護	回	特定福祉用具購入	品目
	訪問看護	回	住宅改修	回
	訪問リハビリテーション	回	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	回
	居宅療養管理指導	回	夜間対応型訪問介護	日
	通所介護・通所型サービス	回	地域密着型通所介護	日
	通所リハビリテーション	回	認知症対応型通所介護	日
	短期入所生活介護	日	小規模多機能型居宅介護	日
	短期入所療養介護	日	看護小規模多機能型居宅介護	日
特定施設入居者生活介護	日	地域密着型特定施設入居者生活介護	日	

11. その他特記事項

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. すぐにも入所したい。 2. 必要性が生じたときに入所を希望する。
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