

指定介護老人福祉施設特別養護老人ホームプレーグ船橋入所申込書

平成 〇 年 △ 月 × 日

指定介護老人福祉施設特別養護老人ホームプレーグ船橋施設長 様

〒 〇〇〇 - △△△△

住 所

(フリガナ) フナバシ ハナコ

氏 名 舟橋 花子

明・⊕・昭

生年月日 〇 年 △ 月 × 日 (〇〇 歳)

電話番号 〇47 - 〇〇〇 - ××××

< 記入例 >

指定介護老人福祉施設 特別養護老人ホームプレーグ船橋 に入所したいので、関係書類を添えて申し込みます。

身元引受人① (連絡先・送付先)	フリガナ	フナバシ タロウ	続柄	長男
	氏名	舟橋 太郎		
	住所	〒 〇〇〇 - △△ 〇〇 舟橋市 金工屈町 〇〇〇〇		
	電話番号	〇47 - 〇〇〇 - △△△△		
身元引受人②	フリガナ	フナバシ ヨシコ	続柄	長女
	氏名	舟橋 良子		
	住所	〒 〇〇〇 - △△ ×× 舟橋市 三奏町 ×××		
	電話番号	〇47 - △△△ - ××××		

- 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、また在宅サービスを利用されている方は、直近3ヶ月分の『サービス利用票』及び『サービス提供別票』のコピー併せて添付して下さい。
 - ・ 身元引受人は、一名でも結構です。

状況申請書

※ 空欄に記載、該当箇所に○印

入所希望者	氏名: 舟橋 花子		年齢: 00 歳	性別: 男・ <input checked="" type="radio"/>	
要介護状態区分	要介護1・2・3・4・ <input checked="" type="radio"/>	生年月日	明・ <input checked="" type="radio"/> ・昭 〇年△月×日		
介護被保険者番号	舟橋 <input checked="" type="radio"/> ・区・町・村	0 0 0 0	1 2 3 4 5 6		
介護認定期間	平成〇〇年△月×日～平成〇〇年△月〇日				
入所希望時期	① 直ちに入所したい 2. 年 月頃に入所したい				
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	備考
	舟橋 太郎	長男	54	会社員	
	春子	長男の嫁	53	パート	
	一郎	孫	16	学生	
	由記	孫	13	学生	
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
	舟橋 良子	長女	52	会社員	舟橋市湊町×××
	三郎	孫	10	学生	舟橋市湊町×××
	望神 菊子	次女	50	パート	伊西市三頼戸△△△
	仙太郎	次女の夫	50	会社員	伊西市三頼戸△△△
主な介護者	氏名: 舟橋 春子		続柄: 長男の嫁		
世帯状況(入所申込者)	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input checked="" type="checkbox"/> その他()				
介護者の年齢・続柄	年齢	53	続柄	長男の嫁	
介護者の介護負担	<input checked="" type="checkbox"/> 重い <input type="checkbox"/> やや重い <input type="checkbox"/> 軽い <input type="checkbox"/> 負担なし				
介護者の障害や疾病	無・ <input checked="" type="checkbox"/> (高血圧)				
介護者の就労	無・ <input checked="" type="checkbox"/> (職種: パート 日数: 5日/週 5時間/日)				
介護者の育児・家族の病気	<input checked="" type="checkbox"/> 有()				
介護者の介護への関わり方	<input type="checkbox"/> 介護拒否 <input type="checkbox"/> 非常に消極的 <input checked="" type="checkbox"/> やや消極的 <input type="checkbox"/> 普通				
他の同居介護補助者	<input checked="" type="checkbox"/> 有(続柄: 日数: 日/週程度)				
別居血縁者介護協力	<input checked="" type="checkbox"/> 有(続柄: 日数: 日/週程度)				
近隣者等の介護協力	<input checked="" type="checkbox"/> ほとんどなし <input type="checkbox"/> 随時あり <input type="checkbox"/> 常時あり				

氏名: 船橋 花子

※ 空欄に記載、該当箇所に○印

本人のいる場所	1. 自宅 ② 病院(入院中) 3. 他施設(施設の種類)			
	4. その他()			
	自宅以外 の場合	名称	〇× 病院	
		所在地	船橋市 湊町 〇〇 △△	
電話		〇×× - ××× - △△△		
特養への申込状況	<input checked="" type="checkbox"/> 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 (その他)			
既往症名	糖尿病	治療時期	大・ 昭 〇〇 年 △ 月 × 日	
	高血圧	治療時期	大・ 昭 〇〇 年 △ 月 × 日	
現在の主な病名	脳梗塞	発症期間	大・ 昭 〇〇 年 〇 月 〇 日	
	脳血管性認知症	発症期間	大・ 昭 〇〇 年 × 月 × 日	
糖尿の方にお聞きします	飲み薬	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有		
	インスリン注射	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (回/日)		
かかりつけの医療機関者 主治医師名等	医療機関名	〇× 病院		
	電話番号	〇×× - ××× - △△△		
	医療機関住所	船橋市 湊町 〇〇 △△		
	主治医氏名	〇〇 ××		
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			
	要介護度	基準限度額	月間使用単位数	
	要介護1	16,580		※ ご利用単位数を ご記入下さい。
	要介護2	19,480		
	要介護3	26,750		※ 利用提供票を 添付して下さい。
	要介護4	30,600		
	要介護5	35,830		
事業所名		担当氏名	電話番号	
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ください 病院退院後、今の状態では家で介護することが 困難。又、天働きで日中家に誰もいない状態 である。			

氏名: 船橋 菜子

※ 空欄に記載、該当箇所に○印

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・ <input checked="" type="radio"/> 自走: 可・ <input checked="" type="radio"/> 移乗: 可・ <input checked="" type="radio"/>)		
	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. 粥 3. 一口大 ④ きざみ食 5. 流動食 6. ゼリー食 ⑦ 糖尿病食 8. 鼻腔栄養 9. 胃ろう 8. 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) <input checked="" type="checkbox"/> 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) <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="radio"/> 無・有(障害名) 種 級			
床ずれ	無・ <input checked="" type="radio"/> (部位: 仙骨部), 大きさ: (1 cm × 2 cm)			

認知の状況 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

精神及び行動の状況	被害的	1	落ち着きなし	2
	作話	2	外に出て戻れない	1
	幻視・幻聴	2	収集癖	1
	感情が不安定	3	一人で出たがる	1
	昼夜逆転	2	火の不始末	1
	常時の徘徊	1	物や衣服を壊す	1
	暴言・暴力	3	不潔行為	1
	同じ話をする	3	異食行動	1
	大声を出す	3	性的迷惑行為	1
	介護に抵抗	3	ひどい物忘れ	3

認知症状で困っている点を具体的に記入してください。
 食べたことと忘れてしまい、何度も食事を欲しがります。その時食べたことを伝えると興奮し、感情が不安定になります。大声や暴言、時には「たこ」があることあり、家族が皆困っている状態です。