

# 指定介護老人福祉施設特別養護老人ホームプレーグ本塾入所申込書

平成 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本塾施設長 様

〒

住 所

(フリガナ)

氏 名

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 特別養護老人ホームプレーグ本塾 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		続 柄	
	氏名			
	住所	〒		
	電話番号			
身元引受人②	フリガナ		続 柄	
	氏名			
	住所	〒		
	電話番号			

- 備 考
- ・ 今後、施設からの連絡は、上記の身元引受人の方になります。
  - ・ 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、該当箇所には○印

入 所 希 望 者	氏名:		年齢:		歳	性別: 男 ・ 女	
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 年 月 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		
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:				
世帯状況(入所申込者)	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> その他( )						
介護者の年齢・続柄	年 齢		年 齢				
介護者の介護負担	<input 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 ・ 有( )						
介護者の就労	無 ・ 有(職種: 日数: 日/週 時間/日 )						
介護者の育児・家族の病気	無 ・ 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 type="checkbox"/> やや消極的 <input type="checkbox"/> 普通						
他の同居介護補助者	無 ・ 有(続柄: 日数: 日/週程度 )						
別居血縁者介護協力	無 ・ 有(続柄: 日数: 日/週程度 )						
近隣者等の介護協力	<input type="checkbox"/> ほとんどなし <input type="checkbox"/> 随時あり <input type="checkbox"/> 常時あり						

氏名:		※ 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			
		所在地			
電 話					
特養への申込状況	・栄白翠園 ・みどり荘 ・ハートヴィレッジ ・印旛晴山苑 ・佐倉白翠園 ・菊華園 ・さくら苑 ・志津ユーカー苑 ・玲光苑 ・成田苑 ・名木の里 ・長寿園 ・有楽苑 ・エコトピア酒々井 ・はちす苑 ・ゆたか苑 ・その他( )				
既往症名			治療時期	大・昭      年      月      日	
			治療時期	大・昭      年      月      日	
現在の主な病名			発症期間	大・昭      年      月      日	
			発症期間	大・昭      年      月      日	
糖尿の方にお聞きます	飲み薬		無 ・ 有		
	インスリン注射		無 ・ 有 (      回/日)		
かかりつけの医療機関 主治医師名等	医療機関名				
	電話番号				
	医療機関住所				
	主治医氏名				
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	※ ご利用単位数を ご記入下さい。 ※ 利用提供票を 添付して下さい。	
	要介護1	16, 580			
	要介護2	19, 480			
	要介護3	26, 750			
	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				

氏名:

※ 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・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. 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. 胃ロウ 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) □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)				

精神及び行動の状況	認知の状況	正常・Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲ・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・Ⅴ (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。 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 行動障害がない場合は『1』を記入</li> <li>・ 1ヶ月に1回以上ある場合は『2』を記入</li> <li>・ 1週間に1回以上ある場合は『3』を記入</li> </ul>			
	被害的		落ち着きなし	
	作話		外に出て戻れない	
	幻視・幻聴		収集癖	
	感情が不安定		一人で出たがる	
	昼夜逆転		火の不始末	
	常時の徘徊		物や衣服を壊す	
	暴言・暴力		不潔行為	
	同じ話をする		異食行動	
	大声を出す		性的迷惑行為	
	介護に抵抗		ひどい物忘れ	
	認知症状で困っている点を具体的に記入してください。			