

特別養護老人ホーム ふれあい荘 入所申込書

※をクリックするとが付きます。
該当する項目に、または入力してください。

受付番号：

担当者：

身元引受人	フリガナ
	氏名 (続柄)
	〒 -
	TEL ()

申込日	令和 年 月 日
受付日	令和 年 月 日
入所希望施設名	<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホームふれあい荘 (松代) <input type="checkbox"/> 小規模特養 第2ふれあい荘 (松代) <input type="checkbox"/> 小規模特養 稲里ふれあい荘 (稲里) <input type="checkbox"/> 小規模特養 柳原ふれあい荘 (柳原) <input type="checkbox"/> グループホーム柳島爐 (松代)

※小規模特養は個室となっており、申込対象者は長野市在住(介護保険者が長野市)の方のみです。

フリガナ				介護保険者(番号)	保険者：市町村／		
本人氏名	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性			被保険者番号	000		
生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 () 歳			要介護度	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		
住 所	〒 -			要介護度 認定期間	平成/令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで		
居宅介護 支援事業所	TEL ()			担当ケアマネ			
日常生活 自立度	障害老人の日常生活自立度 (寝たきり度)						
	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2						
	認知症老人の日常生活自立度						
	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M						
健康保険	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療被保険者証 <input type="checkbox"/> その他 ()						
年金の種類 (国民年金等)	年金額 (年間)	約 万円	支払方法	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 親族 <input type="checkbox"/> その他 ()			
在宅サービス 利用状況	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハ <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与						
現 状	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 () <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 () <input type="checkbox"/> 入院中 () <input type="checkbox"/> その他 ()						
医療状況	【既往歴】			【現 病】			
	<input type="checkbox"/> 経管栄養 (<input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 鼻腔) <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> 褥瘡 (床ずれ) <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 膀胱ろう <input type="checkbox"/> その他 ()						
	服 薬	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
	主治医	病院名			担当医	D r	

入所希望理由	<input type="checkbox"/> 主たる介護者がいない（独居） <input type="checkbox"/> 主たる介護者が遠距離に住む、または入院等で介護が望めない <input type="checkbox"/> 主たる介護者が高齢、障害、疾病である <input type="checkbox"/> 主たる介護者が介護、育児、就労等で介護が困難である <input type="checkbox"/> 主たる介護者が身体的、精神的な不安が大きい <input type="checkbox"/> 現時入院（入所）している病院や施設から退院（退所）を求められている <input type="checkbox"/> いずれ特養に入所を希望している						
	その他						
入所申込に 連絡先 関わる	フリガナ		申込者との関係	性別	年齢	同居区分	
	氏名			<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	歳	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
	住所	〒 -		連絡先 ① ②			
家族の 状況	家系図		氏名	続柄	年齢	同居	備考
						<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
						<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
						<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
						<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
						<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
◎…本人 ☆…主たる介護者 <input type="checkbox"/> …男性 <input type="checkbox"/> …女性							
同意書	今後、入所希望施設において入所申込者の状況を調査するために、この申込書の内容の中から次の項目（施設名、被保険者番号、氏名、生年月日、住所（居所））を行政に報告することを同意します。						
	令和 年 月 日			【本人氏名】	_____ ⑩		
			【身元引受人】	_____ ⑩			
今後、この申込書の申込内容のうち、住所、要介護度、介護保険被保険者資格について変更があった場合、行政及び関係機関に対して入所希望施設が、変更内容の確認をすることに同意します。							
令和 年 月 日			【本人氏名】	_____ ⑩			
			【身元引受人】	_____ ⑩			

注1 「介護保険被保険者証」「後期高齢者医療被保険者証又は健康保険証」「直近3ヵ月分のサービス利用票及び別表（在宅サービス利用の方）」の写しを添付してください。

注2 介護度などの要件や他施設へ入所されるなどの状況に変化があった場合は、すぐに施設へお知らせください。

注3 必要に応じて申込後の状況について、施設から確認の連絡をさせていただくことがあります。

	項目	評価						特記事項				
食事	摂取状況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助										
	形態	主食			副食		とろみ					
	方法	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> ミキサー	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ミキサー		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無							
排泄	排尿	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				尿意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無						
	排便	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				便意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無						
	方法	日中	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> Pトイレ <input type="checkbox"/> おむつ	<input type="checkbox"/> リハパン <input type="checkbox"/> カテーテル等								
	夜間	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> Pトイレ <input type="checkbox"/> おむつ	<input type="checkbox"/> リハパン <input type="checkbox"/> カテーテル等									
清潔	洗身	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助										
	方法	<input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> リフト(チェア)浴 <input type="checkbox"/> 特殊浴槽										
	更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助										
	口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				義歯 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無						
移動・移乗	起き上がり	<input type="checkbox"/> つかまらず可 <input type="checkbox"/> 何かにつかまれば(介助があれば)可 <input type="checkbox"/> できない										
	座位の保持	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 自分の手で支えられる <input type="checkbox"/> 支えがあれば可 <input type="checkbox"/> できない										
	立ち上がり	<input type="checkbox"/> つかまらず可 <input type="checkbox"/> 何かにつかまれば(介助があれば)可 <input type="checkbox"/> できない										
	歩行	<input type="checkbox"/> つかまらず可 <input type="checkbox"/> 何かにつかまれば(介助があれば)可 <input type="checkbox"/> できない										
	移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助										
	方法	屋内	<input type="checkbox"/> 独歩・杖 <input type="checkbox"/> 歩行器・手引き	<input type="checkbox"/> 車椅子(タイプ:)								
	屋外	<input type="checkbox"/> 独歩・杖 <input type="checkbox"/> 歩行器・手引き	<input type="checkbox"/> 車椅子(タイプ:)									
意思疎通	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 近いものが見える <input type="checkbox"/> ほぼ見えない <input type="checkbox"/> 不明				眼鏡 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無						
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 大きな声が聞こえる <input type="checkbox"/> ほぼ聞こえない <input type="checkbox"/> 不明				補聴器 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無						
	意思の伝達	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 時々できない <input type="checkbox"/> ほぼできない <input type="checkbox"/> できない										
	指示への反応	<input type="checkbox"/> 指示が通じる <input type="checkbox"/> 時々通じない <input type="checkbox"/> ほぼ通じない <input type="checkbox"/> 通じない										
	意思の決定	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 特別な場合困難 <input type="checkbox"/> 日常的に困難 <input type="checkbox"/> できない										
認知症状	[具体的行動]	有	時々有	無		有	時々有	無				
	被害妄想	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	暴言暴行	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	落ち着きなし	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	作り話	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	同じ話をする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	外出時戻れない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	幻視・幻聴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	大声を出す	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	一人で外出する	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	感情不安定	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	介護に抵抗	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	不潔行為	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	昼夜逆転	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	徘徊	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	異食行動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
生活歴(出身・趣味・生活の様子・退勤前の職業など)												