

特別養護老人ホームめぐみの杜 入所申込書

特別養護老人ホームめぐみの杜 施設長 殿

申 込 日	年 月 日
受 付 日	年 月 日
担当者名	

申込代理人(手続きにお見えになった方)

フリガナ		続柄	
氏 名			
住 所	〒 電話番号 ()		

今後、郵便物などはこの連絡先にお送りさせていただきます。

施設を利用したいので、次のとおり申込みます。

フリガナ			男・女	M T S 年 月 日生(歳)		
氏 名						
住 所	〒		電話番号 ()			
介護保険	被保険者番号		要介護度	1	2 3 4 5	
認定機関	年 月 日 から		年 月 日			
健康保険	種別		記号・番号			
年金等	種別					
現在の居所	<input type="checkbox"/> 自宅	名 称				
	<input type="checkbox"/> 入院中	住 所				
	<input type="checkbox"/> 利用中	入所又は入院期間	年 月 日 ~			
申込日前月に 利用中のサービス	訪問介護	回	訪問入浴	回	訪問看護	回
	訪問リハ	回	通所介護	回	通所リハ	回
	福祉用具貸与	品	短期入所生活介護	回	短期入所療養介護	回
心 身 状 態	歩 行	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー			<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	排 泄	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> 便器 <input type="checkbox"/> オムツ			<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	食 事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 [主食] <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> ペースト [副食] <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ペースト				
	嚥 下	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> ときどきむせこむ <input type="checkbox"/> いつもむせこむ				
	入 浴	<input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 機械浴			<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	着 脱 衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
	視 力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 全盲		聴 力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや難聴 <input type="checkbox"/> 難聴	
	認 知 症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (特記)				
	意思の疎通	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> ほとんど理解できる <input type="checkbox"/> 簡単な内容は理解できる <input type="checkbox"/> 理解できない				
	精 神 症 状	<input type="checkbox"/> 攻撃的行為 <input type="checkbox"/> 自傷行為 <input type="checkbox"/> 帰宅願望 <input type="checkbox"/> 不穏行動 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 大声を出す <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> その他 ()				
睡 眠	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 (特記)					
医 療 の 状 況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インスリン自己注射 <input type="checkbox"/> ストーマ(人工肛門)処置 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 痰吸引管理 <input type="checkbox"/> その他()					
	治療中の病名	受診先の医療機関				
	【特記事項】					

利用を希望する理由	<input type="checkbox"/> 身寄りがなく介護者がいないため <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」「障害」「疾病」等により十分な介護が困難であるため <input type="checkbox"/> 介護者が就労していることから、十分な介護が困難であるため <input type="checkbox"/> 介護者の身体的・精神的負担が大きく、十分な介護が困難であるため <input type="checkbox"/> 介護者が複数の介護、育児、看病をしているために十分な介護が困難であるため <input type="checkbox"/> 施設や病院から退所を求められているが、在宅での介護が困難であるため <input type="checkbox"/> その他()
該当するものすべてを選んでください	【要介護 1・2の方については、以下の該当するものを選んでください】 <input type="checkbox"/> 認知症である者であって、日常生活に支障を来している・行動や意思疎通が困難 <input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来している・行動や意思疎通が困難 <input type="checkbox"/> 家族等により深刻な虐待により、心身の安全・安心の確保が困難である <input type="checkbox"/> 単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である等により家族等による支援が期待できない <input type="checkbox"/> 特記事項()

氏名 主介護者をチェック	続柄	年齢	職業	同居 別居の別	別居の場合		ご本人への 援助の有無
					住所	電話番号	
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
意見等 (現状の介護で困っていることなど)	介護者側の身体的状況(健康状態)や就労状況(週の勤務日数及び時間)、育児や看病などありましたらご記入下さい。						
利用希望時期	<input type="checkbox"/> 早期希望(1~3ヶ月以内) <input type="checkbox"/> 6ヶ月以内 <input type="checkbox"/> 一年以内 <input type="checkbox"/> 一年以上()年以内						
本人の入所意向	<input type="checkbox"/> 入所を希望している <input type="checkbox"/> 迷っている <input type="checkbox"/> 拒否している <input type="checkbox"/> 知らせていない <input type="checkbox"/> 認知力低下により理解困難						
申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設にのみ申込している <input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込みをしている (他の施設名)						

担当介護支援 専門員	氏名		連絡先	
	事業所名			

説明確認欄	私は、利用申込みに際し、 <input type="checkbox"/> 利用順位の決定方法 <input type="checkbox"/> 特例入所の趣旨、留意事項、意見照会のために施設と市町村間で情報開示共有すること、また入所判定時に必要な介護認定情報を取得することを施設から説明を受け同意しました。 平成 年 月 日 氏名: _____
-------	--

※保険者証・直近3カ月分のサービス利用票及び別表の写しを添付してください。また介護保険市町村が取手市外の場合には、

保険市町村に直近の入所判定用介護認定資料の写しを請求し添付してください。

※要介護度など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下さい。

※入所希望時期については、入所決定に際して、なんら影響を与えるものではありませんので、ありのままご記入下さい。