

瑞穂町特別養護老人ホーム入所申込書

申 込 日			
平成	年	月	日

申込者（窓口に来た人）

氏 名		本人との続柄	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子（同居・別居） <input type="checkbox"/> その他（ ）
住 所	〒 -		
電 話	携帯電話		

入所希望者の状況	被保険者番号	0 0 0 0 0	認定有効期間	平成 年 月 日まで		
	ふりがな		要介護度	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5		
	氏 名		性 別	男 ・ 女		
	生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日 （ 満 歳 ）				
	現 住 所	〒 -				
	入所希望施設	<input type="checkbox"/> フラワープラム <input type="checkbox"/> 不老の郷 <input type="checkbox"/> みずほ園 <input type="checkbox"/> 良友園 <input type="checkbox"/> 在 宅 <input type="checkbox"/> 病 院 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> その他（ ） 施設名 期 間 平成 年 月 日から入所・入院している 住 所 電話				
主な介護者	ふりがな		性別	男・女	本人との関係	
	氏 名		生年月日	明・大・昭 年 月 日		
	同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している（住所 ）				
	介護している上で困っていること					
連絡先	氏 名	続柄	住所	電話 携帯電話		
	氏 名	続柄	住所	電話 携帯電話		
同意書	私は、この申込書の内容を保険者（瑞穂町）・在宅介護支援センター・私の担当ケアマネジャー・入所を希望する施設へ提供することに同意します。また、入所申込者名簿作成にあたり、転出等の資格異動状況について、入所申し込みをした施設から保険者へ確認することに同意します。					
					本人署名	

※この申込書に「介護保険被保険者証」のコピーを添付してください

瑞穂町特別養護老人ホーム入所申込者状況票

記入日
平成 年 月 日

被保険者番号	0 0 0 0 0	氏名	
記入者		本人との関係	

同居の方について	<input type="checkbox"/> ひとり暮らし <input type="checkbox"/> ご夫婦のみ（相手の方の年齢 歳） <input type="checkbox"/> ご夫婦以外に同居者がいる（どなたですか _____）	
入所希望者を主に介護している方について	介護している方は	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）     年齢 歳 <input type="checkbox"/> 健康である <input type="checkbox"/> 難病等である（病名 _____） <input type="checkbox"/> 障害がある（ _____ 級・度） <input type="checkbox"/> 要介護1以上 <input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 病弱 <input type="checkbox"/> 働いている（週 _____ 時間） <input type="checkbox"/> 働いていない <input type="checkbox"/> 本人以外にも介護をしている <input type="checkbox"/> 育児中
	介護している方の精神的負担	<input type="checkbox"/> 本人に対し思わず怒鳴ったり、暴力を振るったり、振るいそうになる <input type="checkbox"/> 本人に対し思わず無視したり、放置したり、放置したくなる <input type="checkbox"/> 本人に対し動かないように縛る、鍵をかけるなど、抑制することがある <input type="checkbox"/> その他（具体的に _____）
介護を手伝う方について	介護を手伝う方は、 <input type="checkbox"/> いる（どなたですか _____） <input type="checkbox"/> いない	
お住まいについて	今のお住まいは、 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅以外（具体的に _____） ↳ 自宅以外にお住まいの方は、戻る自宅が <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	
介護する上での住宅の問題について	<input type="checkbox"/> 2階以上の建物でエレベーターがない <input type="checkbox"/> 介護専用の部屋がない <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"/> 家屋が著しく老朽化（築20年以上）している <input type="checkbox"/> 立ち退きを求められている	
その他の特別な状況	<input type="checkbox"/> 老人保健施設を転々としているため、本人の生活が安定していない <input type="checkbox"/> 病院・有料老人ホーム等入所中で、経済的に問題がある <input type="checkbox"/> その他、入所を希望する事情がある （ 具体的に _____ ）	
本人について	<input type="checkbox"/> 徘徊する <input type="checkbox"/> 奇声や大声をあげる <input type="checkbox"/> 暴言や暴力的な行動がある <input type="checkbox"/> 夜間不眠や昼夜の逆転がある <input type="checkbox"/> 被害妄想がある <input type="checkbox"/> 火の不始末がある <input type="checkbox"/> 食べ物以外の物を口の中に入れてしまう <input type="checkbox"/> 不快な性的行動がある <input type="checkbox"/> 感情不安定である <input type="checkbox"/> 放尿がある <input type="checkbox"/> 放便がある <input type="checkbox"/> 不潔行為がある <input type="checkbox"/> 介護に対して拒否的である <input type="checkbox"/> その他介護する上で問題行動となる行動がある （ 具体的に _____ ）	

裏面もご記入ください



本人の日常生活状況（○印を記入）	状 況	自分で可	一部介助	全介助	状 況	無	有	障害がある _____ 級・度
	歩 行				おむつ			
	トイレ				聴力障害			その他
	食 事				視力障害			
	入 浴				言語障害			
	衣服着脱				認 知			
特別な医療の状況（あてはまるものにし印）	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 尿管カテーテル <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> ストマ（人工肛門） <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 褥 瘡 <input type="checkbox"/> 疥 癬 <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）							
介護保険サービス等の利用について	<input type="checkbox"/> 在宅でサービスを利用している <input type="checkbox"/> 施設に入所している <span style="margin-left: 150px;">（ 入所施設名 _____ ）</span>							
入所希望の時期について	<input type="checkbox"/> すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 1年以内に入所したい <input type="checkbox"/> いずれ入所したいが、まだ在宅で生活したい <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）							
入所を希望している人は誰ですか	あてはまるものすべてを選んでください <input type="checkbox"/> 本 人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 同居家族 <input type="checkbox"/> 別居家族 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）							
担当の介護支援専門員（ケアマネジャー）はいますか	<input type="checkbox"/> い る <input type="checkbox"/> いない <span style="margin-left: 20px;">↳ 氏 名 _____ 事業所名 _____</span> <span style="margin-left: 40px;">所在地 _____</span> <span style="margin-left: 40px;">電 話 _____</span>							
主治医はどなたですか	氏 名 _____ 医療機関名 _____ 所在地 _____ 電 話 _____							
（参考）瑞穂町内にある特別養護老人ホームへの入所申し込みについて	2か所以上の施設へ入所申し込みを <input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない ↓ 入所希望順位が <input type="checkbox"/> あ る <input type="checkbox"/> な い 第1希望（ _____ ）   第2希望（ _____ ） 第3希望（ _____ ）   第4希望（ _____ ）							
その他特記すべき事項								