

特別養護老人ホーム フラワープラム 入所申込書

申込日 平成 年 月 日

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	〒 ー		
電話番号		携帯電話	

入所希望者の状況	被保険者番号		認定有効期間	平成 年 月 日まで		
	氏名		要介護度	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5		
			性別	男 ・ 女		
	生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 年 月 日（満 歳）				
	現住所	〒 ー				
ご本人の居場所	<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		電話番号			
主な介護者	氏名		性別	男・女	本人との関係	
			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	住所				
	続柄	電話番号		携帯電話		
	氏名	住所				
	続柄	電話番号		携帯電話		
同意書	私は、入所に関する方法や手続きについて、説明を受けました。この申込書にある内容を 保険者・在宅介護支援センター・指定する介護支援専門員へ提供することに同意します。					
	平成 年 月 日		氏名		印	

※この申込書に「介護保険被保険者証」の写しを添付して下さい。

特別養護老人ホーム フラワープラム 入所申込者状況表

申込日 平成 年 月 日

被保険者番号		氏名	
記入者		本人との関係	

同居の方について	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <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		<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"/> 病気治療中 <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、放置することがある <input type="checkbox"/> 本人に対し動かないように縛る、鍵を掛けるなど、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為、本人の生活が安定していない <input type="checkbox"/> 病院・有料老人ホーム等に入所中で、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"/> 食べ物以外のものを口に入れてしまう <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"/> 不潔行動がある <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 ）		

本人の日常生活状況 (○印を記入)	<table border="1"> <thead> <tr> <th>状況</th> <th>自分で可</th> <th>一部介助</th> <th>全介助</th> <th>状況</th> <th>無</th> <th>有</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>歩行</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>オムツ</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>トイレ</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>聴力障害</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>食事</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>視力障害</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>入浴</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>言語障害</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>衣服着脱</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>認知症</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	状況	自分で可	一部介助	全介助	状況	無	有	歩行				オムツ			トイレ				聴力障害			食事				視力障害			入浴				言語障害			衣服着脱				認知症		
	状況	自分で可	一部介助	全介助	状況	無	有																																				
	歩行				オムツ																																						
	トイレ				聴力障害																																						
	食事				視力障害																																						
	入浴				言語障害																																						
	衣服着脱				認知症																																						
<input type="checkbox"/> 障害がある (級・度) <input type="checkbox"/> その他 ()																																											
特別な医療の状況 (あてはまる項目に ✓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"/> 褥そう <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> ストマ(人工肛門) <input type="checkbox"/> 疥癬 <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> その他 ()																																										
病気について	病歴 () 現在の病気 ()																																										
介護サービス等の 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 (施設名)																																										
入所希望時期	<input type="checkbox"/> すぐに入所したい <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	あてはまる項目全てを選択してください。 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 同居家族 <input type="checkbox"/> 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 氏名..... 事業所名..... 所在地..... 電話番号.....																																										
主治医はどなたですか	氏名..... 医療機関名..... 所在地.....																																										
在宅サービスについて	在宅サービスは、 <input type="checkbox"/> 使っている <input type="checkbox"/> 使っていない 今後の利用は、 <input type="checkbox"/> 今のままでよい <input type="checkbox"/> もっと増やしたい <input type="checkbox"/> サービスの使い方を改善したい																																										
本人の収入について	月額(年金等含).....円 年金種類..... <input type="checkbox"/> 無年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 家族援助 <input type="checkbox"/> その他 ()																																										
その他 特記事項																																											

フラワープラム専用申込書

本人氏名 _____ 記入者 _____

1. 家族構成

氏名	性別	年齢	続柄	住所	電話番号	同居・別居
				都道府県		
				都道府県		
				都道府県		
				都道府県		
				都道府県		
				都道府県		
				都道府県		

2. 本人収入

月額	約 _____ 円	年金	<input type="checkbox"/> 国民 <input type="checkbox"/> 厚生 <input type="checkbox"/> 老齢福祉 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 恩給 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 無年金 <input type="checkbox"/> 家族援助 <input type="checkbox"/> 生活保護
----	-----------	----	--

3. 病歴

発症年月日	病名	備考

※この申込書に「介護保険負担割合証」と「介護保険負担限度額認定証」の写しを添付して下さい。