

記入みほん

指定介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)入所申込書

申込日 令和 年 月 日

指定介護老人福祉施設:特別養護老人ホーム 青山和敬荘 施設長 様

- 青山(第 希望) 申込者
岩手(第 希望) □ご本人 □ご家族 □代理人

住所 〒020-0134 盛岡市南青山町〇-〇-〇
ふりがな あおやま いちろう
氏名 青山 一郎 長男
電話番号 648-〇〇〇〇 (携帯:090-〇〇〇-×××)

年に一度 お申込みの状況に変わりがないか追跡調査を行いますので、その際の送付先となるご家族、また、電話にてご連絡させて頂く事もありますので、主に入所申込みに関しての窓口になる方のお名前をお願いします。

同一法人内で特別養護老人ホームを3ヶ所運営しております。(青山和敬荘、岩手和敬荘)
青山和敬荘だけではなく岩手和敬荘にも同時に申込を希望される場合には、この欄へ申し込みを希望される施設に☑と希望順位をご記入下さい。

入所される方のお名前をお願いします。

ご希望の送付先を記入下さい。

介護保険証をご確認の上、ご記入下さい。
認定更新、区分変更の際は現在の介護度でお願いします。

主に介護している方、多く関わっているご家族の方の状況を記入下さい。
親、配偶者、兄弟(弟妹)、子、介護をしている姪甥孫などになります。

定期的に通院加療が必要な

デイサービスやヘルパーなど利用されているサービスにチェックをしてください。

現在、病院へ入院中の方、老人保健施設などの施設に入所中の方、有料老人ホーム、グループホームに入居されている方は記入下さい。

手術や大きな骨折など、これまでの病歴を記入してください。

担当のケアマネージャーさんがいる場合は記入下さい。

他の施設へ申し込まれている際は記入して下さい。

介護保険負担限度額認定証をお持ちの方はお知らせ下さい。

次の者が貴施設に入所したいので申し込みます。(関係機関への問い合わせ ☑・否)

ふりがな あおやま たろう 性別 男 年齢 75歳
ご本人の氏名 青山 太郎 生年月日 20年 1月 15日
本人の現住所 同上 電話番号 (同上)
郵便等の送付先 同上
要介護認定状況 認定期間 令和27年4月1日 ~ 令和29年3月31日
主たる介護者の状況 病気 リウマチ、変形膝関節症 月1回定期通院
指定居宅介護サービス
住居環境
退院・退所後の在宅生活
特筆すべき事項
医療的処置の状況
参考事項

現在入所中の施設や入院中の医療機関等に和敬荘より直接問い合わせが可能な場合は「可」、直接問い合わせをしてほしくない場合は「否」に○を記入してください。

介護保険証を発行した市町村名になります。

※ こちらは、記入不要です。

入所される方以外にも、要介護状態の方の介護をされている、または未就学児等の育児をしている場合。

ご自宅、生活している住居について、介護しづらい状況を記入下さい。
例)玄関の段差、廊下が車椅子で通れない等

ご自宅で介護できない状況について記入してください。
例)車椅子になり、自宅では介護できない。
例)介護負担が大きくなり、自宅で介護することが出来ない。

障害または精神の手帳をお持ちの方は○をつけて下さい。

生活保護を受給されている方は○をつけて下さい。

ご希望の居室についてお答え下さい。

※ こちらは、記入不要です。

注)介護保険の被保険者証をご持参の上、施設に提示して下さい。

負担限度額 ☑非該当 □該当

居室希望 □個室 □多床室 ☑どちらでも可

様式1

自宅以外に長期的に滞在している場合は、施設の種類や施設名について記入して下さい。

1. 本人の状況

現在の居所	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 介護保険施設 (特養・老健・養護・軽費・ケアハウス) <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 有料老人ホームなど <input type="checkbox"/> その他(施設名等: _____)		
サービスの利用状況	<input type="checkbox"/> 訪問介護(週 回) <input checked="" type="checkbox"/> 通所介護(週5 回) <input type="checkbox"/> 訪問リハ(週 回) <input type="checkbox"/> 訪問看護(週 回) <input type="checkbox"/> 通所リハ(週 回) <input checked="" type="checkbox"/> 短期入所(月 8 日)		
食事摂取	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 介助(一部・全部) <input type="checkbox"/> 常食 <input checked="" type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> ソフト食 <input type="checkbox"/> 経管栄養(胃・鼻)	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 介助(一部・全部) <input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> つかまり歩き <input type="checkbox"/> 歩行器 <input checked="" type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 寝たきり
	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 介助(一部・全部)		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 介助(一部・全部)
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 介助(一部・全部) <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> リハバン <input checked="" type="checkbox"/> おむつ	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 介助(一部・全部)
視力	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 支障がある()	言語	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 支障がある()
聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input checked="" type="checkbox"/> 支障がある(右が聞こえづらい)	意思疎通	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 支障がある()

おおよその身長・体重をご記入ください。
 現在入院中または他施設入所中の方は入院・入所先へ確認いただき記入をお願い致します。
 不明の場合は未記入でも大丈夫です。

2. 認知症状等

(身長: _____ cm 体重: _____ kg)

認知症の具体的な症状	<input checked="" type="checkbox"/> 認知症 (重い・軽い・なし) 認知症の有無、程度についてお答え下さい。		
	<input type="checkbox"/> 同じ話を何度もする	<input checked="" type="checkbox"/> すぐ前にあった事を忘れる	<input type="checkbox"/> 季節や時間の感覚がわからない
	<input type="checkbox"/> 場所がわからない	<input type="checkbox"/> 家族の顔がわからない	<input type="checkbox"/> 知人の顔がわからない
	<input type="checkbox"/> 食事の仕方がわからない	<input type="checkbox"/> 排泄の仕方がわからない	<input type="checkbox"/> 今までしていた事ができなくなる
	<input type="checkbox"/> 抑うつ状態	<input type="checkbox"/> 依存傾向にある	<input type="checkbox"/> 判断能力が低下している
	<input type="checkbox"/> 昼夜逆転がある	<input type="checkbox"/> 幻覚症状がある	<input type="checkbox"/> 妄想的な言動がある
	<input type="checkbox"/> 会話が成り立たない	<input type="checkbox"/> 異食・過食がある	<input type="checkbox"/> 徘徊がある
	<input type="checkbox"/> 些細なことに興奮する	<input type="checkbox"/> 介護されることに抵抗する	<input type="checkbox"/> 攻撃的な行動・言動がある
	<input type="checkbox"/> 怒りっぽい	<input type="checkbox"/> 弄便・おむつを外す	<input type="checkbox"/> その他()

現在の症状について該当するものにチェックをしてください。

男性は□、女性は○で表記してください。
 お亡くなりになられている方については、男性は■、女性は●で表記してください。
 利用希望者(本人)の男性□ は、女性は◎で表記してください。

3. 介護者の状況

氏名 青山 けいこ 男・女	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(市町村名: _____)	家族構成図 <input checked="" type="checkbox"/> ...本人
続柄(長男の妻) (50 才)	<input checked="" type="checkbox"/> 就労(常勤・パート) <input type="checkbox"/> 養育 <input type="checkbox"/> 健康状態()	
氏名 青山 次郎 男・女	<input type="checkbox"/> 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居(市町村名: 東京都)	
続柄(次男) (48 才)	<input checked="" type="checkbox"/> 就労(常勤・パート) <input type="checkbox"/> 養育 <input type="checkbox"/> 健康状態()	
氏名 ○○ ○○ 男・女	<input type="checkbox"/> 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居(市町村名: 宮城県)	
続柄(孫) (25 才)	<input type="checkbox"/> 就労(常勤・パート) <input type="checkbox"/> 養育 <input type="checkbox"/> 健康状態()	
氏名 青山 ○○ 男・女	<input type="checkbox"/> 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居(市町村名: 北海道 大学生)	
続柄(孫) (21 才)	<input type="checkbox"/> 就労(常勤・パート) <input type="checkbox"/> 養育 <input type="checkbox"/> 健康状態()	
氏名 _____ 男・女	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(市町村名: _____)	
続柄() (才)	<input type="checkbox"/> 就労(常勤・パート) <input type="checkbox"/> 養育 <input type="checkbox"/> 健康状態()	

※同居している場合は ○ で囲む

主介護者以外のご家族について記入して下さい。
 養育について
 未就学児の育児をしている場合、または障がいのある方の養育、要介護認定を受けている家族を介護している場合など
 健康状態について
 本人のご病気や障がい、または要介護認定を受けている場合など

4. 特記事項(困っていること、伝えたいこと等)

※ 記入頂いた項目以外の事でも、同じ事でも構わないので、お困りのことなどご自由に記入して下さい。

○同一法人内で特別養護老人ホームを3ヶ所運営しております。(青山和敬荘、岩手和敬荘)
 青山和敬荘だけではなく岩手和敬荘にも同時に申込を希望される場合には、この欄へ
“2施設申込希望”
 とご記入ください。
 岩手和敬荘の各担当者へこの申込書の写しを提出させて頂きますので、それぞれの施設で別々に手続きを行う必要はございません。