

福祉施設愛2号棟 入所申込書について

【お申し込みの対象者】 60歳以上の方または介護保険で要介護又は要支援の判定を受けているかた。

※グループホーム及び看護小規模多機能については要介護の方のみ申し込み可能です。

【お申し込み書類】

下記書類をご準備の上、社会福祉法人宏正会へ直接お申し込みください。

- ① 入居申込書(所定の項目をご記入ください)
- ② 介護保険証の写し
- ③ お薬手帳の写し

【お問合せ】入居お申し込みに関するお問合せは、社会福祉法人

宏正会 福山市神辺町字湯野1004-2

電話084-965-6 7 8 0

FAX084-965-6 7 8 1 窓口 濱岡・今田

入居申込から入居までの流れ

1. 申込み 入居申込書をご記入の上、申込みをしてください。

※申込の後、状況が変化した時も変更の申込をお願いいたします。

2. 調査 担当者により、お電話等で状況調査をさせていただきます。場合によっては、ご家族様・本人様にご来訪を依頼する事もございますので、ご了承下さい。

状況確認 在宅の場合は、ご自宅へご訪問。また他施設へ入居及び入院されている

場合は、他施設へご連絡の上、サマリー等の情報をもとに調査書の内容に相違ないかどうかを確認させていただきます。

3. 入居判定 施設が定める入居判定基準に基づき入居者の決定を行います。

※入居判定基準について(申込順ではありません)

ご連絡申込者は、施設から依頼される入居希望者の状況確認への協力、また施設にて重要事項の説明を受ける等、ご協力いただかなければならない事項があります。

4. 重要事項 申込者へ利用料等や入居に関わる決まり事等の重要事項の説明をさせていただきます。

ご同意をいただければ、重要事項説明書にご署名いただき入居契約へと進みます。

5. 入居契約 入居契約の締結を行います。

6ご 入 居 生活用品をご持参の上、入居してください。

※ 住宅型有料老人ホームの減免制度については個別に説明しますのでご相談ください。

福祉施設愛2号棟 入居申込書

No.1

フリガナ				男・女		生年月日		明治 大正 年 月 日 昭和				
利用者氏名												
現住所		(〒 -)				TEL						
居住状況		<input type="checkbox"/> 同居世帯		<input type="checkbox"/> 独居		<input type="checkbox"/> 高齢者世帯						
第一連絡先	フリガナ			男・女		続柄		生年月日		大正 昭和 年 月 日 平成		
	氏名											
	住所	(〒 -)				TEL						
						携帯						
緊急連絡先		(昼間)				(夜間)						
第二連絡先	フリガナ			男・女		続柄		生年月日		大正 昭和 年 月 日 平成		
	氏名											
	住所	(〒 -)				TEL						
						携帯						
緊急連絡先		(昼間)				(夜間)						
御家族について	氏名	続柄	年齢	同居	備考	職業	医療保険	1.国保	2.社保	本人 家族 ()	3.その他 ()	
				有・無			障害者手帳	有・無	(等級) 級 種			
				有・無					(障害種)			
				有・無								
				有・無			年金受給	有・無	<input type="checkbox"/> 国民 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 厚生 <input type="checkbox"/> その他() (月額 円程度)			
	※備考欄に主介護者の方は◎、副介護者の方は○を付けて下さい。						生活保護適用	有・無	市民 税課 税	<input type="checkbox"/> 課税世帯 <input type="checkbox"/> 非課税世帯		
要介護状態区分			要支援 1 2		要介護 1 2 3 4 5							
認定有効期間			年 月 日～		年 月 日							
介護保険番号				ケアプラン依頼事業所			担当ケアマネージャー					
申込事業所にチェック <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能 <input type="checkbox"/> 住宅型有料老人ホーム												
現在利用中のサービスにチェックを付けて下さい。												
<input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> ホームヘルプ <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> ショートステイ(特養・老健) <input type="checkbox"/> 老人保健施設入所中(施設名) <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 配食サービス <input type="checkbox"/> 紙おむつ給付												

No.2

視力	<input type="checkbox"/> 見える(□眼鏡使用) <input type="checkbox"/> 少し見えにくい→ 右・左 <input type="checkbox"/> ほとんど見えない→ 右・左
聴力	<input type="checkbox"/> 人の話が聞こえる <input type="checkbox"/> 補聴器使用(右・左) <input type="checkbox"/> 耳で話せば聞こえる(右・左) <input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない(右・左)
言語	<input type="checkbox"/> 日常会話に不自由はない <input type="checkbox"/> やや不自由
歩行	<input type="checkbox"/> 一人で歩ける(□杖使用) <input type="checkbox"/> 器具や介助が必要(□歩行器 □介助歩行) <input type="checkbox"/> 車椅子(□自走 □半介助)

食 事	内容	<input type="checkbox"/> 一人で食べられる(箸・スプーン・フォーク) <input type="checkbox"/> 一部介助が必要
	主食	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他()
	副食	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 極刻み <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他()
	咀嚼	<input type="checkbox"/> 自齧 <input type="checkbox"/> 義歯(上下・上のみ・下のみ・部分) <input type="checkbox"/> 歯茎のみ
	アレルギーの出る食物	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()
	苦手な食物	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()
	牛乳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()

嗜好品	喫煙 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(1日 本)	飲酒 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(1日)	その他
-----	--	---	-----

入浴	<input type="checkbox"/> 一人で出来る <input type="checkbox"/> 一部介助	排 泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助が必要(パット・紙パンツ) <input type="checkbox"/> 排泄器具使用(ポータブルトイレ・尿器) <input type="checkbox"/> おむつ(常時・夜間のみ)(パット・紙パンツ)
衣類の着脱	<input type="checkbox"/> 一人で出来る <input type="checkbox"/> 一部介助		
洗面	<input type="checkbox"/> 一人で出来る <input type="checkbox"/> 一部介助	排 便	<input type="checkbox"/> 一日に一度ある(自然便・薬等でコントロール) <input type="checkbox"/> その他()

性格	<input type="checkbox"/> 朗らか <input type="checkbox"/> 神経質 <input type="checkbox"/> のん気 <input type="checkbox"/> 世話好き <input type="checkbox"/> 無口 <input type="checkbox"/> わがまま <input type="checkbox"/> 頑固 <input type="checkbox"/> 怒りやすい <input type="checkbox"/> その他()
----	--

理解力	<input type="checkbox"/> よくわかる <input type="checkbox"/> 少しわからない時がある <input type="checkbox"/> わからない時が多い <input type="checkbox"/> 全く理解できない <input type="checkbox"/> その他()
-----	---

対人関係	<input type="checkbox"/> 集団生活ができる <input type="checkbox"/> 誰とでも気さくに話ができる <input type="checkbox"/> 人見知りをする <input type="checkbox"/> にぎやかな場所が好き <input type="checkbox"/> 一人でのいるのが苦にならない
------	--

少 し で ち も エ ッ ク は を ま 付 け る け て の 下 に さ い	<input type="checkbox"/> 最近のことをよく忘れる	<input type="checkbox"/> 日にちがわからない	<input type="checkbox"/> 時間がわからない
	<input type="checkbox"/> 自分の部屋がわからないことがある	<input type="checkbox"/> 自分の持ち物を意味もなくよく整理している	
	<input type="checkbox"/> 食事をした事を覚えていないことがある	<input type="checkbox"/> 物忘れ、置忘れがある	<input type="checkbox"/> 時々おかしいことを言う
	<input type="checkbox"/> 目的もなく外へ出ることがある	<input type="checkbox"/> 金銭管理ができない	<input type="checkbox"/> 独り言を言うことがある
	<input type="checkbox"/> 食事以外でも口に入れてしまう	<input type="checkbox"/> 身体のことを気になり薬・医者に頼る	
	<input type="checkbox"/> 幻聴・幻覚がある	<input type="checkbox"/> 被害者妄想的なところがある	<input type="checkbox"/> 依存心が強い
	<input type="checkbox"/> 自分からすすんで動こうとしない	<input type="checkbox"/> 大声を出すことがある	<input type="checkbox"/> 目的もなく歩きまわることがある
	<input type="checkbox"/> 攻撃的な言動をばく	<input type="checkbox"/> 他人に暴力をふるう	<input type="checkbox"/> 乱暴なふるまいを行う
	<input type="checkbox"/> 自分の衣類を破いたりする	<input type="checkbox"/> 自分の体を傷つける	
	<input type="checkbox"/> 火の始末ができない	<input type="checkbox"/> 昼夜逆転することがある	

主に利用する病院	病院、診療所の名称	主治医名	TEL	受診日数	受診状況
				月・週 回・不定期	往診・通院・薬のみ
				月・週 回・不定期	往診・通院・薬のみ
				月・週 回・不定期	往診・通院・薬のみ
				月・週 回・不定期	往診・通院・薬のみ
病歴・現症等					
	障害高齢者自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <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			
	認知症高齢者自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <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			
	認知症	症状	有・無	診断名	
職歴 生活歴					
申込理由					
<p>御家族からみた御本人の日常生活の状態と、入所後の御希望等があればお書き下さい。</p> <p style="text-align: right;">申請年月日 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申請者</p>					