## 社会福祉法人宏正会 入所利用申込書

申込日: 年 月

利用希望事業所に②を入れてください ロ 特養 ロショートステイ ログループホーム 口住宅型有料 ロサービス付き

フリガナ												明治					
利用者氏名									男・女		生年月日		大正	年	Ξ,	月	日
													昭和				
現 住 所				)							TI	ΞL					
					□日	中独居	<u>1</u>	□独	 .居		└─── 高齢者	世帯					
	フリガナ							男				生	大正				
第	T 2						-	続 柄			生 年 月	昭和	年	Ξ,	月	日	
<b>一</b>	氏名						女	1113		日		平成					
連 絡 先	冷配	(〒	-	)								携帯					
先	住所											自宅					
/r/r	フリガナ							男	/ <del>-</del>			生	大正				
弗二	氏名							•	続 柄			生   大正   年     月   <sup>昭和</sup>	昭和	年		月 日	日
第二連絡先	τ ζ							女				;田	平成				
浴 先	住所	(〒	-	)								携帯					
70	王乃											自宅					
細	氏 名						続柄		年	齢同		居備考		考	職	業	
御 家 族											有·無						
族に											有	- 無					
つ											有	-無					
いて	※備考欄に主介護者の方は◎、副介護者の方は					<u> </u>				有	-無						
	※備	考阑(こ:	王介護有(			が護者( 	ル方は	<u></u>	けてトる	<u>Σ</u> (,°							
□本 医療保険 1.国保 2.社保 □家					3.後期	高齢者	香医療	年金受給		有∙無		国民 厚生	口その (月初		円程度	) <b>E</b> )	
陪宝力	<b>皆手帳</b>	右∙無	(等級)		級		種			活保語		口容	給中	生計		□独立	Ξ
PFDT	אוי ד ב	, U	(障害種	類)					(住	宅対応	(可)		,Ψμ ·Τ·	ㅗ미		□同−	-
要介護度 要支援 1 2 要				要介	護	1 :	2 ;	3 4	4 5	5	保险	食者					
介護保険認定有効期間     年						月 日~			年 月				日				
介護保険被保険者番号								担	当ケア	マネジャ	<del>-</del>						
障害高齢者自立度 □不明 □J1						□J2 □A1 □A2 □B1 □B2 □C1 □C2					2						
認知症高齢者自立度    □不明 □Ⅱ □Ⅲa □Ⅲb □Ⅲa □Ⅲb □Ⅳ □M																	
現在利用中のサービスにチェックを付けて下さい。																	
□利用なし □デイサービス □デイケア □訪問介護 □訪問看護 □訪問入浴 □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □										,							
□訪問リハビリテーション  □ショートステイ(特養・老健)  □その他(     )																	
□□施	□施設や病院等に入所(入院)している																
_施設・病院名						見	<u>f在地</u>										
年 月 日入所(入院) ~					•		年		月		日退	听(退)	院)				

職 歴 ・ 生 活 歴											
視	カ	□普通  □弱視  □全盲     眼鏡使用:□有 □無									
聴	カ	□普通 □やや難聴 □難聴 補聴器使用:□有 □無									
歩 1	行	□歩行( 自力・杖・歩行器 ) □車椅子( 自力・介助 ) □不可									
	口自立	立 □一部介助 □見守り □全介助 □経管栄養									
	主食	食 口軟飯 口お粥 ロミキサー 口その他( )									
食	副食	食 □軟飯 □一口大 □刻み □ミキサー □その他( )									
事	水分	k分 □ト□ミ (有 · 無) □その他制限等( )									
	アレル	ギー 口無 口有( ) 苦手な食物 口無 口有( )									
	義歯	□無 □有 ( 上下 ・ 上のみ ・ 下のみ ・ 一部のみ )									
嗜 好	品	喫煙     口無     口有 (1日     本)     飲酒     口無     口有 (1日     )     その他									
入;	谷	□自立 □一部介助 □見守り ・日中 □トイレ □ポータブル □おむつ □全介助									
衣類 のき	<b></b> 着脱	□自立 □一部介助 □見守り <sup>排 心</sup> ·夜間 □トイレ □ポータブル □おむつ □全介助 (□自立 □一部介助 □全介助)									
整容	<b>F</b>	□自立 □一部介助 □見守り □自然排便 ( 日1回) □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □									
意 思 疎	通	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ ○ 0 他 ( ) □ 日とんど不可 □ □ 不可 □ □ □ での他 ( )									
理解:	カ	□よくわかる □時々わからない時がある □わからない時が多い □全く理解できない □その他( )									
認知:	症 • • • • • • • • • • • • • • • • • • •	症状 有 ・ 無 診断名									
ds	□自:	分の名前が分からない □異食行為 □大声を出すことがある									
少しで	□季泊	が分からない □目的もなく歩き回ることがある □暴言・暴力行為									
ックを当		こちが分からない □昼夜逆転する □介護への抵抗									
で 付は け	□時	引が分からない □不潔行為 □火の始末が出来ない									
、ェックを付けて下さいしでも当てはまるものに	□最	fの事をよく忘れる □幻聴·幻覚がある □金銭管理が出来ない									
さのに	□自:	分の部屋が分からない □依存心が強い									
	□食	事をしたことを覚えていない □被害者妄想的な所がある									
		<del></del>									

病院、診療所の名称 主治医名 TEL 受診日数 受診状況

一に利					月・週	回・不定期	往診・	通院・薬のみ		
用する病					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		
院					月・週	回・不定期	往診・	通院・薬のみ		
。医	感染症 □第	無・□有	(		) [	]膀胱留置カラ	テーテル	□人工肛門		
必要性 医療等の	□血糖測定	□インス	リン注射 [	□人工透析	□経管	栄養 □褥ォ	蒼(床ずれ)	□在宅酸素		
<u>"</u> の	□その他(							)		
既往症・現病症										
申込理由										
御家邡	御家族からみた御本人の日常生活の状態と、入所後の施設への御希望等があればお書き下さい。									
同意	確認									
は、於 2.入居 る情報 3.申記	<sup>色設がこれを打</sup> 号要件の判定 報を施設が市	是示するこ や入所の 町村に提 過した後	ことについて 必要性の語 示して意見 、施設から(	同意します いきを判断す を求め、報 の連絡に対	。 <sup>-</sup> るために 告を行うこ して応答:	:必要がある: ことについて[ がなく、施設:	場合には、 <i>〕</i> 司意します。 が入居希望:	かられた場合に 人居申込に関す 者の状況を把握		
		<u>入居希望</u>	者氏名							
		申込者氏	名							
<u>特養希望の方のみ</u> こちらへも記入お願いします。										

□介護をする者がいないため
□介護者が「高齢」「障害」「疾病」等により充分な介護が困難なため

		口介護者が就労していることから、充分な介護が困難なため								
入所を希望す 選択してくださ		□介護者の身体的・精神的負担が大きく充分な介護が困難なため								
		□住環境の事情に	□住環境の事情により充分な介護が困難なため							
		□施設や病院等から退院を求められているが、自宅での介護が困難なため								
		口その他(								
要介護1又は2 込の方は上記 由があればご い。	以外の理									
ご本人の住宅	の状況に	ついて教えてくださ	い。該当するものにC	)をしてください。						
	3	持ち家・借家	平屋・2階建て・マンション	間取り DK						
住居の形態	   本人居室	有(専用・兼用)・無	和室(畳)・洋室(フローリング)	布団・ベッド						
	177041	広さ 畳	トイレ 和式・様式・	Pトイレ・その他 ( )						
例入口	<b>書く必要に</b> タンス ベッド	はありません。ベッド     	Jを簡単に描いてくださ の位置などわかる範							
特記事項あれ	はご記入	ください。		入所申込に関 <sup>っ</sup> 社会福祉法人 担当 : 濱岡・						