

入所申込書

社会福祉法人

大崎市社会福祉協議会 会長様

入所を希望するので、下記のとおり申込みます。

申込日	令和 年 月 日
整理番号	
受付者	

入所希望者	ふりがな		性別	男	生年月日										
	氏名			女	大・昭	年	月	日生	()	歳					
	住所	〒 -													
	電話番号														
被保険者番号										要介護度	1	2	3	4	5
保険者番号										保険者名	市・町・村				
要介護認定年月日	年 月 日					認定の有効期限	年 月 日 ~ 令和 年 月 日								
担当介護支援専門員	(事業所名)					(氏名)									
家族状況	氏名	年齢	続柄(主たる介護者に○)			就業の有無			生計同一	別					
				()			有(一日・半日程度)・無								
				()			有(一日・半日程度)・無								
				()			有(一日・半日程度)・無								
				()			有(一日・半日程度)・無								
				()			有(一日・半日程度)・無								
				()			有(一日・半日程度)・無								

申込者	ふりがな		入所希望者との続柄	
	氏名			
	住所	〒 -		
	電話番号	(自宅)		(携帯)
	その他の連絡先			
申込状況	<input type="checkbox"/> 敬風園のみ申し込む。 <input type="checkbox"/> 楽々楽館のみ申し込む。 <input type="checkbox"/> 敬風園・楽々楽館に申し込む。 <input type="checkbox"/> 他の施設も申し込んでいる。又は申し込む予定。 施設名 () () () 申込月日 (. . 頃) (. . 頃) (. . 頃)			
説明確認欄	私は、入所申込みに際し、入所に至るまでの経緯及び個人情報の取扱いについて、入所申込みの手引きに基づき説明をうけ、内容に同意しました。 令和 年 月 日 署名			

※施設記入欄

入所申込取下げ受付欄	受付年月日	令和 年 月 日	確認方法	<input type="checkbox"/> 書類提出 ・ <input type="checkbox"/> 電話
	受付者	届出者氏名	(続柄)	
	<input type="checkbox"/> 敬風園のみ取り下げる。 <input type="checkbox"/> 楽々楽館のみ取り下げる。 <input type="checkbox"/> 敬風園・楽々楽館を取り下げる。 取下理由 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 在宅継続 <input type="checkbox"/> 他施設入所			

入所希望者調書

※ 該当するものに、レ印を記入して下さい。

1.現在の状況	<input type="checkbox"/> 現在利用中の施設及び医療機関等から退所を求められている (利用機関名 _____ 退所要求年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日)	
	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らしをしている <input type="checkbox"/> 自宅で高齢者(75歳以上)または要介護者と二人暮らしをしている <input type="checkbox"/> 自宅以外の家で暮らしている <input type="checkbox"/> 認知症高齢者又は障害者グループホーム等に入居もしくは医療機関に入院している。 (利用機関名 _____ 入居・入院年月日 _____ 年 _____ 月)	
2.居宅サービス利用状況	区分支給限度基準額に対して	<input type="checkbox"/> 80%以上利用 <input type="checkbox"/> 50%以上利用 <input type="checkbox"/> 50%未満利用 <input type="checkbox"/> 利用していない
3.医療に関する状況 (該当するもの全てにレ点チェックをしてください)	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> 皮膚疾患 <input type="checkbox"/> 感染症(有・無) <input type="checkbox"/> その他(_____) <input type="checkbox"/> 飲み薬(有・無) _____) <input type="checkbox"/> 現在治療中の病気(_____) <input type="checkbox"/> 既往歴(_____)	
4.認知症等の有無	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 精神障害 <input type="checkbox"/> 知的障害	
5.認知症等による行動障害 頻度に○印をして下さい	物を盗られたなどの妄想落ち着かなくなることが	ない・月/2～3回ある・週/2～3回以上ある
	実際ないものが見えたり、聞こえることが	ない・月/2～3回ある・週/2～3回以上ある
	泣いたり笑ったりして感情が不安定になることが	ない・月/2～3回ある・週/2～3回以上ある
	夜間不眠、あるいは昼夜逆転が	ない・月/2～3回ある・週/2～3回以上ある
	大声を出すことが	ない・月/2～3回ある・週/2～3回以上ある
	日中、夜間を問わず落ち着きなく歩き回ることが	ない・月/2～3回ある・週/2～3回以上ある
	外出すると一人で戻れなくなることが	ない・月/2～3回ある・週/2～3回以上ある
	いろいろな物を集めたり、無断で持ってくるものが 食べられないものを口に入れることが	ない・月/2～3回ある・週/2～3回以上ある
6.介護に関する状況	食事摂取	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 粥食 <input type="checkbox"/> キザミ食 <input type="checkbox"/> 流動食
	排 尿	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> オムツ
	排 便	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> オムツ
	入 浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> リフト浴 <input type="checkbox"/> 電動浴
	歩 行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子
	衣服着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	視 力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや見えにくい <input type="checkbox"/> かなり見えにくい <input type="checkbox"/> 全く見えない
	聴 力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや聞こえにくい <input type="checkbox"/> かなり聞こえにくい <input type="checkbox"/> 全く聞こえない
意思の伝達	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや伝えにくい <input type="checkbox"/> かなり伝えにくい <input type="checkbox"/> 全く伝えられない	

主たる介護者の有無		□ 有 ・ □ 無				
7. 主たる介護者の状況	ふりがな	性別	男・女	生年 月日	大・昭・平 年 月 日生 (歳)	続柄
	氏名					
	居住関係	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(住所: _____) 入所希望者宅までの所要時間 (車で・徒歩で・電車で _____ 分位)				
	就労状況	<input type="checkbox"/> 終日就労(8時間) <input type="checkbox"/> 半日(4時間程度)就労 <input type="checkbox"/> 就労していない				
	健康状態	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病弱 <input type="checkbox"/> 要入院加療 (____ 月程度 ・病名 _____) <input type="checkbox"/> 入院していないが継続的な治療を要する(病名 _____) <input type="checkbox"/> 慢性疾患等で定期的に通院中(病名 _____)				
	身体状況	<input type="checkbox"/> 障害有 (____ 級・障害の種類: _____) <input type="checkbox"/> 障害無 <input type="checkbox"/> 要介護認定を受けていない <input type="checkbox"/> 受けている (要支援 1・2 介護 1・2・3・4・5)				
8. 他に対応を要する家族の有無	<input type="checkbox"/> 自宅に入所希望者以外にも介護及び看護の必要な家族がいる (要支援 1・2 介護 1・2・3・4・5) <input type="checkbox"/> 同居家族に小学校入学前の子供がいる (子供の年齢 _____ 歳)					
9. 家族以外で介護協力者の有無	<input type="checkbox"/> 協力してくれる人はいない <input type="checkbox"/> 親族以外の協力者 (近隣者など) がいる <input type="checkbox"/> 親族に協力者がいる					
【介護をしていて困っていること、その他特記すべき事項をお書きください。】						

※申込書に添えて提出する書類

- 1 入所希望者の介護保険被保険者証 (写)
- 2 直近のサービス利用票(写)及びサービス利用票別表 (写)・・・在宅サービスを受けている方のみ
(担当介護支援専門員より渡されるサービス利用票と別表です。)
- 3 介護者の障害手帳(写)・・・介護者が障害手帳を保有している場合のみ

施設利用欄