

様式1 (太枠内を記入してください)

新規・変更

ユニット型特別養護老人ホーム「パークスみなみ」入所申込書 兼 管理台帳

申込者 (家族等)	ふりがな		↓この欄は施設が記入します	申込日	令和 年 月 日
	氏名			受付日	令和 年 月 日
	続柄			受付者氏名	
	住所	〒		職 種	
	電話番号①			申し込むサービス番号を○で囲んでください	
電話番号②		1	地域密着型介護老人福祉施設		
		2	短期入所生活介護		

本人 (入所希望者) の状況	ふりがな		性別	保険者番号	
	氏名		男女	被保険者番号	
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)	要介護度	支1 支2 1 2 3 4 5	
	住所	〒	認定期間	年 月 日から 年 月 日まで	
	障がいの程度	<input type="checkbox"/> 身体障がい者手帳あり(級) <input type="checkbox"/> 精神障がい者手帳あり(<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級) <input type="checkbox"/> 療育手帳あり(<input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2)			
	現状	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らし <input type="checkbox"/> 自宅で高齢者のみで生活 <input type="checkbox"/> 自宅で家族と生活 <input type="checkbox"/> 施設や病院に入っている 施設・病院名 入居・入院期間			
	入所希望理由 (複数回可)	<input type="checkbox"/> 介護する者がいない(身寄りがいない等)ため。 <input type="checkbox"/> 介護する者が高齢や要介護状態、障がい、疾病等により十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 介護する者が就労中(週35時間以上)か未就学児の育児中のため十分な介護が困難。 <input type="checkbox"/> 介護する者の身体的・精神的負担が大き(複数介護)、十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 介護する者が遠方のため距離的に負担が大きく、十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により、十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 介護保険居宅サービスの給付の支給限度額を超えており経済的負担が大きいため。 <input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所を求められているが、自宅での介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> その他() ◆介護が困難な状況を具体的に記入してください(病気や障害の状態等)			
	入所希望の時期	<input type="checkbox"/> なるべく早く <input type="checkbox"/> 3カ月以内に <input type="checkbox"/> 6カ月以内に <input type="checkbox"/> 1年以内に <input type="checkbox"/> ()年以内に			
	他施設申込状況	<input type="checkbox"/> 他施設も申込んでいる <input type="checkbox"/> これから他施設を申込む <input type="checkbox"/> 当施設のみ申込む 既に申込んでいる施設()()() 今後申込む予定の施設()()()			
	本人の入所意向	<input type="checkbox"/> 希望あり <input type="checkbox"/> 迷っている <input type="checkbox"/> 拒否している <input type="checkbox"/> 知らせていない <input type="checkbox"/> 理解が困難			

認知機能の状況	認知症 (複数回可)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 多少の物忘れはあるが日常生活には支障がない <input type="checkbox"/> 時折、介護が必要 <input type="checkbox"/> 常に介護だが必要だが他害性はない <input type="checkbox"/> 幻覚(幻視幻聴)がある <input type="checkbox"/> 妄想がある <input type="checkbox"/> 暴力暴言や自傷行為がある <input type="checkbox"/> 不潔行為がある <input type="checkbox"/> 常時の徘徊がある <input type="checkbox"/> その他()
	認知症に係る特記事項	◆認知症に関して困難な状況を具体的に記入してください

疾病・怪我の状況	①	治療中・観察中・完治 その他()	現在の状態	発症した時期	治療(入院)医療機関名
	②	治療中・観察中・完治 その他()			
	③	治療中・観察中・完治 その他()			
	④	治療中・観察中・完治 その他()			
	⑤	治療中・観察中・完治 その他()			
特別医療の状況	<input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> その他経管栄養 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> ストーマ(人工肛門)処置 <input type="checkbox"/> 尿路カテーテル <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> その他()				
医療に係る特記事項	◆医療面で困難な状況を具体的に記入してください(治療内容や服薬等について)				

主たる介護者の状況	ふりがな	性別	年齢	続柄		
	主介護者の氏名	男女		住居	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 同敷地 <input type="checkbox"/> 別居	
	住所	〒		電話番号	①自宅 ②携帯	
	担当居宅介護支援事業所	TEL		ケアマネ氏名		
	利用中の介護サービスと利用頻度	◆利用サービスと頻度を具体的に記入してください				
	介護に関する特記事項	◆介護面で困難な状況を具体的に記入してください(生活や精神面の困りごと等)				

同意署名欄	入所の申し込みのあたり、その手続きについて説明を受けました。 また、施設利用にあたり以下の事項について同意します。 ①本申込書に関する個人情報に関して、入所に関する資料として施設が使用する。 ②本申込書に関する内容に関して、必要に応じて入所選考に係る情報を提供すること。
	令和__年__月__日 入所希望者 氏名 _____ 入所申込者 氏名 _____