

特別養護老人ホーム 緑風苑 入所申込書

令和 年 月 日

特別養護老人ホーム 緑風苑  
施設長 田邊 真知子 様

入所希望者（本人）

フリガナ		性別	生年月日
氏名		<input type="checkbox"/> 1. 男 <input type="checkbox"/> 2. 女	明治・大正・昭和 年 月 日生 ( 歳)
住所	〒 _____		
電話	( )		
保険者		保険者番号	
被保険者番号		要介護度	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
日常生活自立度（認知）	M IV III II I 自立		
介護認定の有効期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		
現在の居場所	<input type="checkbox"/> 1. 自宅 <input type="checkbox"/> 2. 病院（病院名 _____） <input type="checkbox"/> 3. 介護老人保健施設（施設名 _____） <input type="checkbox"/> 4. その他（具体的に _____）		

申込代理者（申込みが本人でない場合は、下の欄にご記入ください。）

フリガナ		入所希望者	
氏名		との続柄	
住所	〒 _____		
電話	自宅 ( )	携帯 ( )	
	勤務先 ( )	*昼間、連絡が取れる所をご記入ください	

連絡先（申込代理者以外の方へ連絡を希望される方は、下の欄にご記入ください）

フリガナ		入所希望者	
氏名		との続柄	
住所	〒 _____		
電話	自宅 ( )	携帯 ( )	
	勤務先 ( )	*昼間、連絡が取れる所をご記入ください	

担当ケアマネジャー

事業所名		氏名		電話	( )
------	--	----	--	----	-----

特別養護老人ホーム緑風苑 入所調査票

※該当するところに記入・レ印を付けてください。

入所希望者の状況	身長	c m
	体重	kg
	障害	身体障害者手帳 ( <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ) 種 級 障害名
	歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖又は歩行器使用 <input type="checkbox"/> つかまり歩行 <input type="checkbox"/> 介助歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子使用
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (おむつの使用) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 夜のみ <input type="checkbox"/> 有
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	着脱衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 見えにくい <input type="checkbox"/> 見えない
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聴こえにくい <input type="checkbox"/> 聴こえない
	言葉	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや不自由 <input type="checkbox"/> 不自由
	床ずれ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (箇所 )
	問題行動	<input type="checkbox"/> 徘徊があり、目を離すと何処かへ行って迷子になってしまう <input type="checkbox"/> 暴言や暴力的な行動がある <input type="checkbox"/> 自傷行為がある <input type="checkbox"/> 奇声や大声をあげる <input type="checkbox"/> 排泄物をさわってしまう等の不潔行為がある <input type="checkbox"/> 食べ物以外の物を口の中に入れてしまう <input type="checkbox"/> 被害妄想がある <input type="checkbox"/> 夜間不眠や昼夜の逆転がある <input type="checkbox"/> 介護に対し拒否的である
	医療に関する状況	<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"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 現在治療中の病気 ( )
感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )	
入所希望者の意向	<input type="checkbox"/> 本人が入所を希望している <input type="checkbox"/> 本人は在宅での生活を希望している <input type="checkbox"/> 本人の意向は確認していない又は確認できない <input type="checkbox"/> その他 ( )	

	□介護者がいない		
	別居	□介護者が別居している □1週間に3回以上通って介護している（1週間に_____回） ※主に介護している方について記入してください	
		氏名	入所希望者との続柄
		住所	
□介護を手伝ってくれる人はいない □他に介護をしている人がいる (氏名 _____ 介護の状況 _____)			
介護者の状況	□介護者が同居している ※主に介護している方について記入してください		
	氏名	入所希望者との続柄	
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日生 ( 歳)	
	□要介護認定を受けている □要支援 □要介護1 □要介護2 □要介護3 □要介護4 □要介護5 □身体障害者手帳を持っている ( 種 級 障害名 _____ ) □愛の手帳を持っている ( 度 ) □精神障害者保健福祉手帳を持っている ( 級 障害名 _____ ) □病気で通院している (病名 _____ 通院状況 _____ 週間に _____ 回) □就労している □8時間以上 □4～8時間 □不規則（具体的に _____ ) □介護を手伝ってくれる人はいない □他に介護をしている人がいる (氏名 _____ 介護の状況 _____)		
同居	□要介護認定を受けている □要支援 □要介護1 □要介護2 □要介護3 □要介護4 □要介護5 □身体障害者手帳を持っている ( 種 級 障害名 _____ ) □愛の手帳を持っている ( 度 ) □精神障害者保健福祉手帳を持っている ( 級 障害名 _____ ) □病気で通院している (病名 _____ 通院状況 _____ 週間に _____ 回) □就労している □8時間以上 □4～8時間 □不規則（具体的に _____ ) □介護を手伝ってくれる人はいない □他に介護をしている人がいる (氏名 _____ 介護の状況 _____)		

その他の状況	□退院、退所後に戻る住居がない
	□住宅が狭く、退院、退所後に戻る部屋がない
	□本人に対し思わずどなったり、暴力を振るいそうになる。
	□本人に対し思わず無視したり、放置したくなる
	□本人が動かないようにしぼりつけるなど、抑制することがある

私は、入所に関する方法や手続きについて、説明を受けました。また、入所希望者、介護者を円滑に支援する為にこの申込書にある内容を山梨県・甲州市・在宅介護支援センター・担当ケアマネジャーへ提供することを同意します。

年 月 日

本人氏名 \_\_\_\_\_

代理人氏名 \_\_\_\_\_ 本人との続柄 ( \_\_\_\_\_ )