小規模特別養護老人ホーム「神代の杜」入居申込書

ふりがな		ご本人とのご関係	配偶者・子（同居・別居） その他（　　）
申込書を記入された方のお名前			
この申込書についての連絡先	自宅 （　　）　　－	携帯電話または勤務先等 （　　）　　－	

ふりがな		性別	生年月日	年齢
入居希望者氏名		□男 □女	M・T・S　年　月　日	歳
入居希望者住所	〒			
要介護度	□要介護１　□要介護２　□要介護３　□要介護４　□要介護５			
同居されている方は？	□いる　□いない □配偶者（年齢　　歳）　□子ども（　　）　□孫その他（　　）			
主に介護をしている方は？	□いる　□いない □概ね健康である。　□難病を患っている。　□障害がある。　□育児中 □要支援・要介護認定を受けている。　□働いている。　□その他（　　）			
主に介護をしている方の負担感は？	□ある　□ない □本人との関係が良好ではない。　□介護に困っていることがある。 □その他（　　）			
お住まいは？	□自宅以外（病院・施設など）　□自宅 戻る家が　□ある　□ない			
介護上の住宅問題は？	□ある　□ない □立ち退きを求められている。　□老朽化が著しい。 □ｴﾚﾍﾞｰﾀｰのない集合住宅の２階以上に住んでいる。　□自分の部屋がない。 □その他（　　）			
ご本人の日常生活状況について	歩行　□自立　□一部介助　□全介助 排泄　□自立　□一部介助　□全介助 食事　□自立　□一部介助　□全介助 入浴　□自立　□一部介助　□全介助	【特記事項】		
認知症の有無	□ある　□ない 認知症の診断を　□受けた　□受けていない			
生活に支障をきたす行動について	□ある　□ない □徘徊する。　□奇声や大声をあげる。　□暴言や暴力的な行動がある。 □夜間の不眠や昼夜逆転がある。　□被害妄想がある。　□火の不始末がある。 □食べ物以外を口の中に入れてしまう。　□感情的に不安定である。 □放尿・放便がある。　□介護に対して拒否的である。　□その他（　　）			
特別な医療の状況	□経管栄養　□胃ろう　□中心静脈栄養　□尿管カテーテル　□在宅酸素 □人工透析　□人工肛門（ｽﾄﾏ）　□インシュリン　□褥瘡　□その他（　　）			
主な疾病・治療状況など				

現在受けている介護や治療の様子について

現在の療養もしくは生活を送っている場所について	□老人保健施設　□介護療養型医療施設　□養護老人ホーム　□自宅 □有料老人ホーム　□グループホーム　□その他（　　）	
	施設名または病院名	施設入所日または入院開始日
		平成　年　月頃
介護支援専門員（ｹｱﾏﾈｼﾞｬｰ）について	相談できる介護支援専門員が　□いる　□いない 介護支援専門員の氏名：　事業所名：	

私は、貴施設の入居に関する方法や手続について説明を受けました。この申込書にある内容を、保険者・地域包括支援センター・指定する介護支援専門員へ提供することに同意します。

小規模特別養護老人ホーム「神代の杜」施設長様

平成　　年　　月　　日

入居申込者氏名　　印

小規模特別養護老人ホーム「神代の杜」入居調査票

入居希望について	□家族が希望している　□本人が希望している。 □　配偶者　□同居家族　□別居家族　□その他　（　　）
入居希望の理由	□老人保健施設などを転々としているため、本人の生活が安定しない。 □病院に入院したり、施設などに入所しているが、経済的に問題がある。 □その他 （　　）
入居の希望時期	□すぐ入居したい。　□1年以内に入居したい。 □いずれ入居したいが、まだ在宅で生活したい。 □その他 （　　）
他施設への申込み	□している　□していない □調布市内（　　箇所）　□調布市外（　　箇所）
介護保険負担限度額認定証について （食費・居住費の負担軽減）	□ある　□ない ・食費の負担限度額：（　　円） ・居住費または滞在費の負担限度額：（　　円）
ご家族の連絡先	□「入居申込書」以外　□「入居申込書」のとおり 氏名：　（続柄：　　） 住所： 電話番号：　携帯電話番号：
連絡の取りやすい曜日・時間帯	□ある　□ない □月曜日　□火曜日　□水曜日　□木曜日　□金曜日　□土曜日　□日曜日 □午前中　□午後　□不規則（　　）
自由意見欄 （入居申込書・調査票以外で、特記することがある場合は、ご記入ください）	
施設記入欄 （職員以外は記入しないでください）	

小規模特別養護老人ホーム「神代の杜」　入居申込みに伴う意見書

ふりがな		被保険者番号	
入居申込者氏名			
ケアプランについて	在宅サービス利用率	％（支給限度額に対する利用割合）	
	利用しているサービス		
	サービス名	利用回数等	
	サービスに対するご本人またはご家族の希望など		
ご本人の状況	1　身体の状況について（麻痺や拘縮など、介護を要する身体状況）		
	2　認知症等について（介護や見守りを要する症状など）		
	3　疾患等について（特に注意を要することや医療器具の使用などで介護や看護を要する疾患など）		
その他留意すべきこと	（ご本人の嗜好や性格など介護するうえで把握しておくべきこと）		

記入者名		職　　種	□介護支援専門員　□その他（　　）
事業所区分	□居宅介護支援事業所　　□地域包括支援センター　　□その他（　　）		
事業所名		連絡先電話	