

(様式1)

聖和むつみ会 入所申込書

(申込先 メイサムホール メイサムフレール グランモールさくら及川)

(居室希望 個室 多床室 どちらでも)

申込日	年 月 日	受付日	年 月 日 時 分
-----	-------	-----	-----------

社会福祉法人聖和むつみ会 施設長殿

申込者(連絡先)

住所	〒 _____		
(フリガナ)氏名		電話番号	( )

特別養護老人ホームに入所したいので、次のとおり申し込みます。

入所希望者の状況	(フリガナ)		性別	男 ・ 女		
	氏名		住民登録	市・区・町・村		
	現住所	〒 _____ 電話 _____				
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 ( 歳)				
	健康保険	種 別		記号・番号		
	年金等	種 別				
	障害手帳等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 手帳の種類 _____ (障害名 級(度) ) (判定 年 月 日)				
	介護保険	負担割合証	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割	負担限度額認定証	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (下記を選択) 食費の負担限度額 (その他のサービス) <input type="checkbox"/> 300円 <input type="checkbox"/> 390円 <input type="checkbox"/> 650円 <input type="checkbox"/> 1360円)	
	要介護認定	要介護 ( <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 ) <input type="checkbox"/> 申請中 (新規・更新・区分変更)				
		介護保険被保険者番号 ( ) (認定期間) 年 月 日 ~ 年 月 日				
現在利用している施設サービス等	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅 <input type="checkbox"/> その他 (施設に入所(入居・入院)している場合)					
	施設名又は病院名					
	入所又は入院期間	年 月 日 ~				

入所希望者の状況	現在利用している居宅サービス	<input type="checkbox"/> 訪問介護 (月に 回程度) [ ] <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 (月に 回程度) [ ] <input type="checkbox"/> 訪問看護 (月に 回程度) [ ] <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション (月に 回程度) [ ] <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 (月に 回程度) [ ] <input type="checkbox"/> 通所介護 (月に 回程度) [ ] <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション (月に 回程度) [ ] <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 (月に 回程度) [ ] <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 (月に 回程度) [ ] <input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 (月に 回程度) [ ] <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問看護 (月に 回程度) [ ] <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 (月に 回程度) [ ] <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 (月に 回程度) [ ] <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護 (月に 回程度) [ ] <input type="checkbox"/> 福祉用具の貸与・購入費支給 <input type="checkbox"/> 住宅改修費の支給 <input type="checkbox"/> その他の生活支援 ( )
	*1 該当するものをすべて選んでください。 *2 [ ]内に事業者名を記入してください。	
身体状況	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り (むせる・むせない) <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助 (主食) <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 半粥 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー (とろみ) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (副食) <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ミキサー
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助 (下着) <input type="checkbox"/> 綿パンツ <input type="checkbox"/> おむつ ( <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夜 ) <input type="checkbox"/> リハビリパンツ ( <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夜 ) <input type="checkbox"/> パット ( <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夜 ) <input type="checkbox"/> その他 ( ) (排せつの拒絶) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助 (方法) <input type="checkbox"/> 家庭の浴槽 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 施設一般浴 <input type="checkbox"/> 施設機械浴
	更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助
	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助 (移動手段) <input type="checkbox"/> 自立歩行 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす (自操 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可)
	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 人の動きがわかる程度 <input type="checkbox"/> ほとんど見えない
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 大声が聞き取れる <input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない
	言語	<input type="checkbox"/> 話せる <input type="checkbox"/> 聞き取りにくい <input type="checkbox"/> 話せない
	麻痺	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> その他 )
	補足すべき身体状況について、具体的に記載してください。	
認知症・精神の症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 診断名 _____ 時期 _____ 年 _____ 月から <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食 (食べ物以外を口に入れる) <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> 脱衣 <input type="checkbox"/> 自傷 (自分を傷つける) <input type="checkbox"/> 他傷 (他人を傷つける) <input type="checkbox"/> 収集癖 <input type="checkbox"/> 声だし <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 不快な音を立てる <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> 自殺願望 <input type="checkbox"/> セクハラ <input type="checkbox"/> ひどい物忘れ <input type="checkbox"/> 意欲低下 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
	上記の状況や頻度等を具体的に記載してください。 _____ _____ _____ _____	



その他	入所を希望する時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 半年ぐらい先には入所したい <input type="checkbox"/> 1年ぐらい先には入所したい <input type="checkbox"/> 将来的に必要なになったときに入所したい
	他施設の申込み状況	<input type="checkbox"/> 当該施設にのみ申し込んでいる <input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込んでいる (他の施設名) _____ _____

担当ケアマネジャー	氏名		連絡先	電話 ( )
	事業所名			

備考	<p>本入所申込書に記載した事項あるいは記載項目にない事項等で、特に優先的な入所を考慮する必要がある場合は、その状況についてご記入ください。</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
----	--

おねがい	<p>入所希望者の要介護度や家族等の介護者の状況など、本入所申込書に記載した事項等が変わった場合、死亡された場合、あるいは他の特別養護老人ホーム等に入所した場合は、必ず当施設に連絡をしてください。</p>
------	--

同意確認欄	<input type="checkbox"/> 入所申込みに関する情報について、市町村又は県から状況把握のために提示を求められた場合には、施設がこれを提示することについて同意します。 <input type="checkbox"/> 入所要件の判定や入所の必要性の高さを判断するために必要がある場合には、入所申込みに関する情報を施設が市町村に提示して意見を求め、報告を行うことについて同意します。 <input type="checkbox"/> 申込みから2年を経過した後、施設からの連絡に対して応答がなく施設が入所希望者の状況を把握することができない場合には、本申込みを無効とすることについて同意します。 <p style="text-align: right;">※申込書は受付後、5年間は保管します</p> <p style="text-align: right;">入所希望者氏名 印</p> <p style="text-align: right;">申込者氏名 印</p>
-------	---

説明確認欄	<p>私は、入所申込みに際し、入所申込みから入所契約までの手続き及び入所順位の決定方法について、施設から説明を受けました。</p> <p style="text-align: right;">(本人との続柄)</p> <p style="text-align: center;">_____年 _____月 _____日 氏名 _____ ( )</p>
-------	---