

■特養入所・■小規模多機能利用申込書

平成 年 月 日

〒701-2141

岡山県岡山市北区牟佐1479番地1

必ずレ点を入れてください

特別養護老人ホーム牟佐げんき・小規模多機能施設牟佐げんき

TEL 086-229-1160 FAX 086-229-3636

必ず添付してください

* 下記に必要事項をご記入の上、郵送または施設窓口にてお申し込みください。
その際、介護保険証(コピー)も添付してください。

本人	フリガナ	〇〇〇 〇〇〇	生年月日	明治・大正・昭和	性別	男・女
	氏名	〇〇〇 〇〇〇		1年 1月 1日(84歳)	早期入所希望	有・無
	住所	郵便番号(709-2136)	岡山県岡山市北区御津紙工1479番地	介護保険証の被保険者番号をご記入ください。	電話番号	086-229-0000
	介護認定	申請(更新・変更)中	済	被保険者番号	1234567890	
	要介護度	1・2・3・4・5・支	4	認定の有効期間	平成23年1月1日～平成24年月31日	
家族・申込者	フリガナ	△△△ △△△	続柄	長男	備考	いずれかに○をつけてください
	氏名	△△△ △△△				
	住所	郵便番号()			携帯番号	090-2245-0000
					電話番号	086-229-0000
居宅介護支援事業者	その他の連絡先	郵便番号()			電話番号	
	事業所名					
	所在地	郵便番号()				
入院・入所先	フリガナ		担当者名	備考		
	施設名				施設種別	
	所在地	郵便番号()			電話番号	
他施設申込状況	フリガナ		担当者名	備考		
	施設名1				申込予定・済	(申込時期 年 月頃)
	施設名2				申込予定・済	(申込時期 年 月頃)
施設名3					申込予定・済	(申込時期 年 月頃)

【説明確認及び同意書】

- 入所申込から契約までの必要な手続き、入所順位決定方法、ならびに入所にあたっての注意事項について、施設から説明を受けました。
- 申込書の内容に変化があった場合は、施設に連絡することについて同意します。
- 入所可能な案内があったにもかかわらず、自己都合により入所を辞退した場合は、入所順位名簿から削除されることについて同意します。
- 入所制度の適正な運用のため、この申込書及びそれらから作成した資料等を行政機関等に提供することについて同意します。
- 施設が居宅介護支援事業者へ入所希望者の状況について報告することについて同意します。

説明を受けられた年月日をご記入ください。

平成 年 月 日

氏名

印(続柄)

介護者 状況	()内は該当 該当する番号 ② 介護者がいない (<input type="checkbox"/> 介護者が長期入院・入所 <input checked="" type="checkbox"/> 介護者が遠方に在住) 3. 介護する者はいるが、十分な介護力がない。 (介護者が <input type="checkbox"/> 要介護状態 <input type="checkbox"/> 病気療養中 <input type="checkbox"/> 障害がある) 4. 介護する者はいるが、介護にあたる時間を十分に確保できない。 (介護者が <input type="checkbox"/> 要支援状態・高齢 <input type="checkbox"/> 就労している <input type="checkbox"/> 他にも介護している <input type="checkbox"/> 育児している) 5. 介護する者はいるが、上記以外の理由で介護を行うことが困難である。 6. 1～5に該当しない(介護に欠ける状態ではない)。										
	※ 上記を記入し、現在の家族状況、介護者の状況をご記入ください。 <div style="border: 1px solid gray; padding: 5px; text-align: center;">困っている事・介護が困難な理由等ご自由にお書きください。</div>										
利用希望者(本人)の状況	現在 ()内は該当 現在の住居及び介護サービスの利用状況 1. 施設 <input type="checkbox"/> 特養(<input type="checkbox"/> 従来型 <input type="checkbox"/> ユニット型) <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 介護療養型 <input type="checkbox"/> 養護 <input type="checkbox"/> 認知症高齢者グループホーム <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> 施設(保護施設) <input type="checkbox"/> 障害者入所施設 <input type="checkbox"/> 生活介護 2. 病院 (病名: _____ 入院: 平成 ____年 ____月 ____日から) ③ 在宅 <input type="checkbox"/> 自宅で単身 <input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯 <input checked="" type="checkbox"/> 家族と暮らしている(<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 近隣) <input checked="" type="checkbox"/> 訪問介護 (<input checked="" type="checkbox"/> 週4回以上 <input type="checkbox"/> 週2～3回 <input type="checkbox"/> 週1回) <input type="checkbox"/> 訪問入浴入浴 (<input type="checkbox"/> 週1回以上) <input type="checkbox"/> 訪問看護／訪問リハビリテーション (<input type="checkbox"/> 週2回以上 <input type="checkbox"/> 週1回) <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護 <input type="checkbox"/> 通所介護／通所リハビリテーション (<input type="checkbox"/> 週2回以上 <input type="checkbox"/> 週1回) <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護／療養介護 (最近3か月の利用日数合計 ____日) <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護										
	認知症日常生活自立度 <input type="checkbox"/> 正常 <input checked="" type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M ※ 上記を記入し、認知症の周辺症状をご記入ください。 <div style="border: 1px solid gray; padding: 5px; text-align: center;">困っている状態を具体的にお書きください。</div> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">食事</td> <td style="width: 20%;"><input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助</td> <td style="width: 20%;">排泄</td> <td style="width: 20%;"><input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助</td> </tr> <tr> <td>入浴</td> <td><input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助</td> <td>移乗・移動</td> <td><input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助</td> </tr> </table> <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> インシュリン <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> 経管栄養 (<input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> 胃瘻) <input type="checkbox"/> その他(_____) [現在治療中の傷病] <div style="border: 1px solid gray; padding: 5px; text-align: center;">判る範囲でお書きください。</div> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">主治医</td> <td style="width: 40%;">[医療機関]</td> <td style="width: 40%;">[担当医]</td> </tr> </table>	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 全介助	移乗・移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	主治医	[医療機関]
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 全介助	移乗・移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助								
主治医	[医療機関]	[担当医]									
その他	<div style="border: 1px solid gray; padding: 5px; text-align: center;">ご自由にお書きください。</div>										