

# 入所利用申込書

申込日 年 月 日

利用希望施設	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム		<input type="checkbox"/> グループホーム島内 <input type="checkbox"/> グループホーム笹部				
フリガナ		性別	生年月日・年齢				
利用者氏名			M・T・S 年 月 日 歳				
住所	〒		電話番号				
本人の住居状況	<input type="checkbox"/> 自家 <input type="checkbox"/> 公営住宅 <input type="checkbox"/> 借家 <input type="checkbox"/> アパート <input type="checkbox"/> その他( )						
本人の受給年金	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 共済年金 <input type="checkbox"/> その他( )						
介護保険	保険者		被保険者番号				
	介護度	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援 2 <b>※ 要支援2はグループホームのみ対応可能</b>					
		<input type="checkbox"/> 要介護 1 <input type="checkbox"/> 要介護 2 <input type="checkbox"/> 要介護 3 <input type="checkbox"/> 要介護 4 <input type="checkbox"/> 要介護 5					
認定期間	年 月 日		～ 年 月 日				
介護保険負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割						
現在利用中のサービス(施設)	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> 福祉用具レンタル <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 入院(病院名 ) <input type="checkbox"/> 施設入所(施設名 )						
負担限度額認定証	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<b>※ あり の場合は申込書とあわせてコピーを提出してください</b>					
社会福祉法人減免証	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<b>※ あり の場合は申込書とあわせてコピーを提出してください</b>					
障害手帳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> 身障 <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 精神 ) 種 級 交付年月日 年 月 日						
主治医	内服薬(薬の名前もご記入ください)						
既往歴・現病歴(発病時期・経過等もご記入ください)		医療処置					
		<input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> 摘便 <input type="checkbox"/> 褥瘡(床ずれ) <input type="checkbox"/> 注射					
ご本人様の家族状況	氏名	続柄	性別	年齢	職業	同居・非同居	入所にあたり留意すること(家庭事情) 例…別の要介護者がいる、病気療養中の家族がいる等

入所に関する連絡先(身元保証人、主介護者)

連絡先 ①	氏名 住所 (勤務先)	電話(自宅) 電話(携帯) 電話(会社等)
連絡先 ②	氏名 住所 (勤務先)	電話(自宅) 電話(携帯) 電話(会社等)

申込時に介護保険証・負担限度額認定証・負担割合証・社会福祉法人減免証(特養のみ)・健康保険証のコピーを提出してください。

入所希望期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

居室の希望  個室  個室が空くまで多床室でも可  多床室が空くまで個室でも可  多床室  
※ 特別養護老人ホームとグループホームの居室は個室のみです。

施設でどのような生活を希望されますか。その他達成したい目標があればご記入ください。

日常生活の状態についてあてはまるものにチェックをお願いいたします。

食 事	主食	<input type="checkbox"/> ご飯 <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> パン <input type="checkbox"/> おにぎり	胃ろうにて摂取の場合	
	副食	<input type="checkbox"/> 家族と同じ <input type="checkbox"/> きざむ(一口大) <input type="checkbox"/> 細かくきざむ <input type="checkbox"/> ミキサー	種類	カロリー/日
	量	<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少ない	朝食	カロリー + 湯 cc
	摂取状態	<input type="checkbox"/> 自分で食べる( <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> 箸 ) <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全面介助	昼食	カロリー + 湯 cc
	歯の状況	<input type="checkbox"/> 自歯 <input type="checkbox"/> 部分入れ歯( <input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 下 ) <input type="checkbox"/> 総入れ歯 <input type="checkbox"/> 顎のみ	夕食	カロリー + 湯 cc

排 泄	尿	<input type="checkbox"/> トイレ( <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夜 ) <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ( <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夜 ) <input type="checkbox"/> 尿器( <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夜 ) <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> オムツ ( <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"/> 安心パット <input type="checkbox"/> 尿意 ( <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ) <input type="checkbox"/> 失禁 ( <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ) <input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 介助する	
	便	<input type="checkbox"/> 排便の状況 ( 回 / 日 ) <input type="checkbox"/> 便秘 ( <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ) <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 便意 ( <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ) <input type="checkbox"/> 浣腸の使用 ( <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ) <input type="checkbox"/> 下剤の使用 ( <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり:種類 ) <input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 介助する	

寝返り	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> (つかまれば)できる <input type="checkbox"/> できない	座位	<input type="checkbox"/> つかまらないでできる <input type="checkbox"/> 背もたれ必要 <input type="checkbox"/> 寝たきり
立位保持	<input type="checkbox"/> ひとりできる <input type="checkbox"/> 介助があればできる <input type="checkbox"/> できない	着替え	<input type="checkbox"/> ひとりできる <input type="checkbox"/> 見守り指示介助が必要 <input type="checkbox"/> できない
立ち上がり	<input type="checkbox"/> ひとりできる <input type="checkbox"/> 介助があればできる <input type="checkbox"/> できない	整容 (洗顔・歯磨き等)	<input type="checkbox"/> ひとりできる <input type="checkbox"/> 見守り指示介助が必要 <input type="checkbox"/> できない
歩行	<input type="checkbox"/> ひとりできる <input type="checkbox"/> 介助があればできる ( <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー ) <input type="checkbox"/> できない	車椅子	<input type="checkbox"/> 自分で動かせる <input type="checkbox"/> 自分で動かせない <input type="checkbox"/> 使ったことがない
会話	<input type="checkbox"/> 意思を伝えられる <input type="checkbox"/> 意思を伝えられない	認知症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 不明
		アレルギー等	食べ物 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( ) 薬物 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )

その他身体状況についてあてはまるものにチェックをしてください。  
 麻痺 (  右  左 )  言語障害  えん下障害(飲み込みが悪い)  視力障害  難聴

精神状況 (あてはまる内容にチェックをしてください)  
 夜眠れない  意思の疎通が困難  便などをこねてしまう  大声を出したり、奇声をあげる  
 同じことをいう  トイレ以外で放尿する  実在しないものが見え、声が聞こえる  ベッドから落下する  
 事実でない事を事実と思い込む  独りごとを言う  興奮しやすい  よく転倒する  歩き(はい)まわる  
 外へ出たがる  怒鳴る 暴力をふるう  食品以外のものを食べる  人から世話をされることを嫌う  
 物を壊す  自分の体を傷つける  わざと介護者を困らせる  雑多に物を集めてしまう  
 不安が強く、人を呼ぶことが多い  うつ状態である  
 認知内服・受診あり( 病院)

担当介護支援専門員(ケアマネージャー) 事業所名 氏名

病院担当ソーシャルワーカー・施設相談員 氏名

有効期限 申込書の有効期限は6ヵ月間とします。更新をされる場合は各施設へ電話いただければ更新の手続きをいたします。またご利用者様の状況によっては再度申込書を記入いただく場合があります。

私は、社会福祉法人ハーモニー入所申込書・診断書・情報提供書に記載された情報を入所判定会議にて使用すること、また必要に応じて担当介護支援専門員・医療機関・現入所施設・市町村担当職員等と当法人とのあいだにおいて、情報交換することに同意いたします。

令和 年 月 日 氏名 続柄( )