

地域密着型特別養護老人ホーム 緑と風 入所申込書

令和 年 月 日

地域密着型特別養護老人ホーム 緑と風
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	()
------	--	----	--	----	-----

地域密着型特別養護老人ホーム緑と風 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	<input type="checkbox"/> 介護者が別居している <input type="checkbox"/> 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 _____		
介護者の状況	<input type="checkbox"/> 介護を手伝ってくれる人はいない <input type="checkbox"/> 他に介護をしている人がいる （氏名 _____ 介護の状況 _____）	
	同居	<input type="checkbox"/> 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）		
<input type="checkbox"/> 要介護認定を受けている <input type="checkbox"/> 要支援 <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		
<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳を持っている （ _____ 種 _____ 級 障害名 _____）		
<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳を持っている （ _____ 級 障害名 _____）		
<input type="checkbox"/> 病気で通院している （病名 _____ 通院状況 _____ 週間に _____ 回）		
	<input type="checkbox"/> 就労している <input type="checkbox"/> 8時間以上 <input type="checkbox"/> 4～8時間 <input type="checkbox"/> 不規則（具体的に _____）	
	<input type="checkbox"/> 介護を手伝ってくれる人はいない <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 退院、退所後に戻る住居がない
	<input type="checkbox"/> 住宅が狭く、退院、退所後に戻る部屋がない
	<input type="checkbox"/> 本人に対し思わずどなったり、暴力を振るいそうになる。
	<input type="checkbox"/> 本人に対し思わず無視したり、放置したくなる
	<input type="checkbox"/> 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（ _____ ）

※甲州市に所在のある地域密着型特別養護老人ホームに入所するための資格を確認するため、お手数ですが別紙「地域密着型特別養護老人ホーム入所資格確認書」の記載をお願いします。

(別紙)

地域密着型特別養護老人ホーム入所資格確認書

貴施設への入所の申し込みを行うにあたり、地域密着型特別養護老人ホームへの入所資格の確認のために、当該確認書に記載し提出致します。

①要介護度

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			

②居住期間

令和6年3月31日現在において、甲州市に住所を有している（住民票のある）期間

期 間	申込者 チェック欄	施設記入欄		甲州市確認欄
		住民票の有無	住民票の確認	
1. 2年以上		有 無		
2. 2年未満		有 無		
3. なし (市外)				

注：2年以上の欄にチェックを付けられた方については、住民票の添付がない場合は、当施設から甲州市に確認することについてご了解願います。