

特別養護老人ホーム「ファミリオ」入居申込書

特別養護老人ホームファミリオ  
 施設長 設楽 順一 様

次のとおり施設入所を申し込みします。

申込年月日 令和 年 月 日  
 最終更新年月日 令和 年 月 日

◎お申込者について

ふりがな		続柄	
家族・申込者 (連絡先)		電話番号	自宅 ( ) 携帯 ( )
ご住所	〒 -		

※今後、電話による連絡や郵便物などは上記の連絡先にお送りさせていただきます。

◎入所希望者の状況について

ふりがな		性別	男・女
入居希望者		生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日(歳)
ご住所	〒 -	電話番号	( )
介護認定	申請(更新・変更)中・済	介護保険番号	
要介護度	3・4・5	[特例入所]	1・2
認定の有効期間	平成(令和) 年 月 日 ~ 平成(令和) 年 月 日		

◎介護支援専門員(相談員)について

担当介護 支援専門員 (ケアマネジャー)	有・無	事業所名	
		電話番号	( )
		氏名	
※施設サービス利用の場合	事業所名		
	電話番号	( )	担当相談員

※必要な場合は、担当の介護支援専門員・施設相談員に連絡し、状況を確認させていただく場合もございます。

◎その他

他施設への 申込状況	有・無	①施設名	
		②施設名	

本人の入所 の意向	<input type="checkbox"/> 入所を希望している <input type="checkbox"/> 入所を希望していない <input type="checkbox"/> 知らせていない <input type="checkbox"/> 認知症により理解困難 <input type="checkbox"/> その他( )
--------------	---

※「介護保険被保険者証」の写し(コピーしたもの)を添付しご提出下さい。

特別養護老人ホーム「ファミリオ」状況調査票

◎お申込みについて

(申込年月日: 記入者氏名: )

申込み理由	
入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入居したい <input type="checkbox"/> 将来不安なため入居を希望する

※入居希望時期については、入居決定に際して、なんら影響を与えるものではありません。

◎入居申込者について

要介護度	要介護 ( 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 )		
現在の住居	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> その他( )		
	上の施設(病院)入所(入院)期間		平成・令和 年 月 日～
現在のサービスの利用状況	上の施設(病院)の名称 ( )		
	在宅サービス利用	有 ・ 無	
	サービス種類	利用日数	事業所名
		月平均 日	
居宅サービス利用状況	<input type="checkbox"/> 20%未満		<input type="checkbox"/> 80%以上
	<input type="checkbox"/> 20%以上		<input type="checkbox"/> その他 老人保険施設・病院 グループホーム入所中
	<input type="checkbox"/> 50%以上		
本人の収入状況について	<input type="checkbox"/> 生活保護受給者の方		
	<input type="checkbox"/> 年収80万円以下の方		
	<input type="checkbox"/> 年収80万円以上266万円未満の方		
	<input type="checkbox"/> 上記以外の方		
家族構成	<input type="checkbox"/> ひとり暮らし		【※家族構成】
	<input type="checkbox"/> ご夫婦のみの世帯 配偶者の年齢 歳		
	<input type="checkbox"/> 家族(子供)等と同居 ( 人 ) ※右の覧に家族構成を記入		
主介護者の状況について	<input type="checkbox"/> 介護者が全くいない		
	<input type="checkbox"/> 介護者がいる (主たる介護者(氏名): 入居希望者との関係: )		
	<input type="checkbox"/> 主たる介護者が、遠方または病気で長期入院中 ※「遠方」とは、介護のため移動に2時間以上かかる距離にいる場合		
	<input type="checkbox"/> 主たる介護者が、満70歳以上の高齢者・障害者(障害者手帳の所持)または疾病がある在宅療中(治療中の疾病: )		
	<input type="checkbox"/> 主たる介護者が育児中または複数の被介護者がいる ※「育児中」とは、小学生未満の幼児・乳幼児を養育している場合		
	<input type="checkbox"/> 主たる介護者が就業している ※「就業中」とは、週20時間以上就労している場合		
	<input type="checkbox"/> 上記のどれにもあてはまらない		
	<input type="checkbox"/> その他( )		

身体状況 について	食事摂取	介助の有無 ( 有 ・ 無 )		
		⇒必要な場合の介助内容( )		
	排泄	食事の内容		
		⇒ 常(刻み)食 ・ ミキサー等 ・ 経管栄養 ・ 胃ろう ・ その他		
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助( ) <input type="checkbox"/> 全介助		
		オムツの使用 ( なし ・ 夜のみ ・ 常時 ・ 留置カテーテル )		
	更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助( ) <input type="checkbox"/> 全介助		
		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助( ) <input type="checkbox"/> 全介助		
	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助( ) <input type="checkbox"/> 全介助		
		歩行の状況 ( 自立 ・ 杖使用 ・ 車椅子 ・ 寝たきり )		
視力	<input type="checkbox"/> 日常生活に支障あり( ) <input type="checkbox"/> 日常生活に支障なし			
聴力	<input type="checkbox"/> 日常生活に支障あり( ) <input type="checkbox"/> 日常生活に支障なし			
意思疎通	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや困難( ) <input type="checkbox"/> 困難( )			
認知症など の状況	<input type="checkbox"/> なし			
	<input type="checkbox"/> あり (下記にあげる様な症状がありますか?あてはまるものの番号に○を付けて下さい)			
	1. 記憶力の低下(寸前の記憶がなく、同じことを繰り返したり、何度も同じことを聴いたりする)			
	2. 理解判断力の低下(言葉や単語の意味を理解することが困難になり、簡単な質問にも答えられないことがある)			
	3. 見当意識の障害(今の時間や今いる場所、今一緒にいる人までもが分からないことがある)			
	4. 昼夜逆転(昼間に寝て、夜中になると起きてくることもある。また、不安から真夜中に奇声を発したり、ごそごそと動き回ったりすることがある)			
	5. 徘徊(はいかい)(目的がなく歩き続けることがある)			
	6. 幻覚・妄想(「お金を盗られた」「食事を与えられていない」などの実際にはないことを訴える妄想が起こったり、また、見えないものが見えたり、誰もいないのに会話をしたりする)			
	7. 収集癖(自分のものではない物や、必要ではないもの等を持ち帰る行動がみられる)			
	8. その他(具体的な症状があればお書き下さい)			
認知症高齢者の日常生活自立度: <input type="checkbox"/> 自立 <input 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				
既往歴・現病	疾病名	発症年	医療の状況 (現在右記のような 処置を受けています か?)	
		昭・平・令 年		<input type="checkbox"/> 胃ろう
		昭・平・令 年		<input type="checkbox"/> 経管栄養
		昭・平・令 年		<input type="checkbox"/> 在宅酸素
		昭・平・令 年		<input type="checkbox"/> インスリン注射
		昭・平・令 年		<input type="checkbox"/> 痰吸引
	昭・平・令 年	<input type="checkbox"/> 留置カテーテル		
	昭・平・令 年	<input type="checkbox"/> その他( )		
その他の 特記事項	当てはまる項目がありましたら、チェックし下記の空欄に詳細をご記入下さい。			
	<input type="checkbox"/> 現在、せんだんの杜のサービスを利用している			
	<input type="checkbox"/> 老人保険施設・病院への長期利用(入院)が続いている			
	<input type="checkbox"/> 介護者の健康状態の不安・精神的負担が大きい			
	<input type="checkbox"/> 住環境が本人にあわない (災害・家屋の損傷等)			
	<input type="checkbox"/> ここ数ヶ月の間に、本人の心身の状況等の急激な悪化が見られた			
【その他、詳細の記入欄】				

