

入所申込書

年 月 日

指定介護老人福祉施設_____施設長 様

住 所：

(フリガナ)

氏 名：

生年月日： 年 月 日(歳)

電話番号：

指定介護老人福祉施設ローゼンヴィラ藤原 (参番館・ユニット個室)

に入所したいので、関係書類を添えて申込みます。

| | | | | |
|--------------|-------|--|----|--|
| 身元引受人 (1) | 氏 名 | | 続柄 | |
| | 住 所 | | | |
| | 電話番号 | | | |
| | 日中連絡先 | | | |
| 身元引受人 (2) | 氏 名 | | 続柄 | |
| | 住 所 | | | |
| | 電話番号 | | | |
| | 日中連絡先 | | | |

備考

- ・今後、施設からの連絡は、上記の身元引受人の方にいたします。
- ・申込書を提出する際には「介護保険被保険者証」のコピーを添付してください。

状況申告書

※空欄に記載、該当箇所に○印

| | | | | | |
|--------------|------------------------------------------|------|----|-----|--------|
| 入所希望者 | 氏名： | 年齢： | 歳 | 性別： | 男・女 |
| 要介護状態区分 | 1・2・3・4・5 ※1・2は第5号様式を添付 | 生年月日 | 年 | 月 | 日 |
| 介護被保険者番号 | 市・区・町・村 | | | | |
| 介護認定有効期間 | 年 月 日～ 年 月 日 | | | | |
| 入所についての本人の意思 | 1. 希望している 2. 希望していない 3. 判断できない | | | | |
| 同居の家族構成 | 氏名 | 続柄 | 年齢 | 職業 | 日中連絡先 |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| 同居以外の家族構成 | ※近親者の状況（同居以外の子供。子供がいない場合は、兄弟、甥、姪） | | | | |
| | 氏名 | 続柄 | 年齢 | 職業 | 住所・連絡先 |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| 主な介護者 | 氏名： | 続柄： | | | |
| 介護者の状況 | 1. 介護する人がいない。 | | | | |
| | 2. 介護者が高齢である。（ 歳） | | | | |
| | 3. 介護者が病弱である。（病名： 通院先： ） | | | | |
| | 4. 複数の人を介護している。（他の要介護者氏名： ） | | | | |
| | 5. 主たる介護者が生計中心者として働いている。 | | | | |
| | 6. その他（ ） | | | | |

第3号様式

※空欄に記載、該当箇所に○印

| | | | | |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|------|--|
| 氏名： | | | | |
| 本人の居る所 | 1. 自宅 2. 病院 3. 他施設（施設の種類） | | | |
| | 4. その他（） | | | |
| | 自宅以外の 場合 | 名 称 | | |
| | | 所 在 地 | | |
| 電 話 | | | | |
| 特養への申込状況 | ・三山園 ・ワールドナーシングホーム ・船橋梨香園 ・古和釜恵の郷 ・南生苑 ・船橋百寿苑 ・船橋あさひ苑 ・第2ワールドナーシングホーム ・ローゼンヴィラ藤原 ・さわやか苑 ・オレンジガーデン ・朋松苑 ・船橋健恒会ケアセンター ・習志野台みゆき苑 ・ひかりの郷 ・さくら館 ・プレーグ船橋 ・南三咲 ・つばい愛の郷 ・三咲館 ・たか音の杜 ・船橋笑寿苑 ・みやぎ台南生苑 ・船橋健恒会ケアセンター南館 ・船橋愛弘園 ・アグリ・ケアホームいこいの森 ・ふなばし翔裕園 ・ケアホーム船橋 ・太陽と緑の家藤原 ・その他（） | | | |
| 既往症名 | | 治 癒 時 期 | 年 月 | |
| | | 治 癒 時 期 | 年 月 | |
| 現在の主な病名 | | 発 症 時 期 | 年 月～ | |
| | | 発 症 時 期 | 年 月～ | |
| 糖尿病の方にお聞 きます | 飲み薬 | 無 ・ 有 | | |
| | インスリン注射 | 無 ・ 有 （ 回/日） | | |
| かかりつけの医療 機関 主治医師名等 | 医療機関名 | | | |
| | 電話番号 | | | |
| | 医療機関所在地 | | | |
| | 主治医氏名 | | | |
| 在宅サービスにつ いて | 1. 利用している 2. 利用していない | | | |
| | ケアマネジャー | 事業所名 | | |
| | | 氏名 | | |
| | | 連絡先 | | |
| 利用中のサービス | | | | |
| 入所を希望する理 由 | 在宅で介護ができない状況をわかりやすく記入してください。 | | | |
| | | | | |
| | | | | |

第4号様式

※空欄に記載、該当箇所に○印

| | | | |
|-------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 氏名： | | | |
| 身体状況及び日常生活動作の状況 | 視力 | 1. 正常 2. 大きい字なら見える 3. ほとんど見えない 4. 全く見えない | |
| | 聴力 | 1. 正常 2. 大声なら聞こえる 3. ほとんど聞こえない 4. 全く聞こえない | |
| | 会話 | 1. 正常 2. やや不自由 3. ほとんど話せない 4. 全く話せない | |
| | 歩行 | 1. 可能 2. 杖を使用して可能 3. 半介助 4. 全介助 (車いすの使用：無・有 自走：可・不可 移乗：可・不可) | |
| | 食事 | 1. 可能 2. 声かけ、見守りが必要 3. 半介助 4. 全介助 内容：1. 普通食 2. 粥 3. きざみ食 4. 流動食 5. 糖尿病食 6. 鼻腔栄養 7. 胃ろう 8. その他制限食 () | |
| | 排せつ | 1. 可能 2. 声かけ、見守りが必要 3. 半介助 4. 全介助 | |
| | 更衣 | 1. 可能 2. 声かけ、見守りが必要 3. 半介助 4. 全介助 | |
| | 入浴 | 1. 可能 2. 声かけ、見守りが必要 3. 半介助 4. 全介助 | |
| | 身体障害等 | 無・有(障害名) | |
| | 床ずれ | 無・有(部位と大きさ) | |
| 精神及び行動の状況 | 認知症の状況 | 正常・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M (ケアマネジャーに聞いてください) | |
| | 下記の問題行動について、項目ごとに該当する数字を記入してください。 | | |
| | ・問題行動がない場合は「1」を記入 | | |
| | ・1か月に1回以上ある場合は「2」を記入 | | |
| | ・1週間に1回以上ある場合は「3」を記入 | | |
| | 被害妄想がある | | 感情が不安定になる |
| | 幻覚や幻想がある | | 暴言や暴行がある |
| | 夜間不眠や昼夜逆転がある | | 徘徊がある |
| | 大声や奇声を発する | | 不潔行為がある |
| | 収集癖や盗癖がある | | 自傷行為がある |
| 異食行為がある | | 嘘をつくことがある | |
| 認知症等の状況や問題行動で困っている点を記入してください。 | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

※空欄に記載、該当箇所に○印

| | |
|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 氏名： | |
| 特例入所の要件確認 | <p>要介護1又は2の方が入所するためには、下記のいずれかに該当する必要があります。</p> <p>該当すると思われる項目に○をつけてください。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 認知症である者であって、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られる 2. 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られる 3. 家族等による深刻な虐待が疑われる等により、心身の安全・安心の確保が困難である 4. 単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である等により、家族等による支援が期待できず、かつ、地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分である |