

特別養護老人ホーム小平グリーンてらす 入所申込書

ふりがな		ご本人との関係	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子（同居・別居）
申込書ご記入の方のお名前			<input type="checkbox"/> その他（ 続柄：）
住 所	〒	連絡先	自 宅：
			携 帯：
			その他：

ふりがな		性別	男・女	生年月日	明大昭
入所申込者ご本人お名前					
介護保険	被保険者番号				保険者
住 所	〒				
要介護度認定	<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"/> 申請中				
	認定期間： 年 月 日 から 年 月 日まで				
負担割合証	<input type="checkbox"/> 1割負担 <input type="checkbox"/> 2割負担 <input type="checkbox"/> 3割負担				
負担限度額認定	<input type="checkbox"/> 申請なし <input type="checkbox"/> 1段階 <input type="checkbox"/> 2段階 <input type="checkbox"/> 3段階 <input type="checkbox"/> 4段階（非該当）				
現在の居所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム <input type="checkbox"/> ケアハウス <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅 <input type="checkbox"/> その他（ 施設の名称 入所・入院開始日 年 月 日～				
同居の方について	<input type="checkbox"/> ひとり暮らし <input type="checkbox"/> ご夫婦のみ（相手の方の年齢 歳） <input type="checkbox"/> ご夫婦以外の同居者（長女夫婦 ）				
主に介護されている方について（施設入所や入院中の方は、自宅に戻った場合の状況についてご記入下さい。）	介護をされる方が <input type="checkbox"/> いる（続柄： ） <input type="checkbox"/> いない ※主な介護者の方は <input type="checkbox"/> 健康 当てはまる項目に <input type="checkbox"/> 高齢（ 歳） すべてチェックを <input type="checkbox"/> 病弱（病名 通院治療 有 ・ 無 してください。 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 要介護状態（介護度： ） <input type="checkbox"/> 障害がある <input type="checkbox"/> 働いている（パート・正社員） <input type="checkbox"/> 働いていない <input type="checkbox"/> 育児中である（就学前） <input type="checkbox"/> 複数の方の介護（ ） 上記以外で介護者の状況について []				
介護を手伝う方について	介護を手伝う方は <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない いるを選ばれた方…その方は <input type="checkbox"/> 親族（ ） <input type="checkbox"/> 近所の方 <input type="checkbox"/> それ以外（ ）				
お住まいについて	今のお住まいは <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅以外 自宅以外にお住まいの方は、戻る自宅が <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない				
介護する上での住宅の問題について	<input type="checkbox"/> エレベーターのない集合住宅の2階以上に住んでいる <input type="checkbox"/> 自宅の部屋がない <input type="checkbox"/> 自分の部屋と違う階にトイレやお風呂がある <input type="checkbox"/> 立ち退きを求められている <input type="checkbox"/> 家屋の老朽化が著しい 上記以外の住宅の問題について []				

ご本人心身の 状態について	<u>疾病・障害について</u> 疾病について 病名 _____ 通院（有・無） 服薬（有・無） 病名 _____ 通院（有・無） 服薬（有・無） 病名 _____ 通院（有・無） 服薬（有・無） 障害者手帳の有無 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない 障害の内容 _____ 障害の程度 _____
	<u>認知症等の行動障害について</u> <input type="checkbox"/> 暴言暴力 <input type="checkbox"/> 大声をだす <input type="checkbox"/> 介護に抵抗 <input type="checkbox"/> 常時の徘徊 <input type="checkbox"/> 外出して戻れない <input type="checkbox"/> 1人で外に出たがる <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 幻覚・妄想 その他行動障害の状況について _____
	<u>医療的措置について</u> <input type="checkbox"/> 尿管カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ（人工肛門） <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> インシュリン注射（ _____ 回/日） <input type="checkbox"/> 経管栄養（ 経鼻・経腸・胃ろう ） <input type="checkbox"/> その他 _____
	<u>身体状況</u> <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 車いす移動 <input type="checkbox"/> 手引き介助 <input type="checkbox"/> 全介助 その他心身の状況で留意すべきこと _____
在宅サービス について	在宅サービスを <input type="checkbox"/> 利用している <input type="checkbox"/> 利用していない 今後の利用 <input type="checkbox"/> 今のままでよい <input type="checkbox"/> もっと増やしたい <input type="checkbox"/> サービスや使い方を変更したい （具体的に _____）
ケアプランなど について	ケアプランを <input type="checkbox"/> 作っている <input type="checkbox"/> 作っていない 担当の介護支援専門員（ケアマネジャー）は、 <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない 介護支援専門員（ケアマネジャー）氏名 _____ 事業者名 _____ 電話 _____（ _____ ）
他施設の申込み の状況について	市内施設 <input type="checkbox"/> گرانてらす小平団地 <input type="checkbox"/> やすらぎの園 <input type="checkbox"/> 小川ホーム <input type="checkbox"/> まりも園 <input type="checkbox"/> 多摩済生園 <input type="checkbox"/> 小平健成苑 <input type="checkbox"/> 健成苑はなこがねい <input type="checkbox"/> さくら野杜 <input type="checkbox"/> 晴風苑 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ） 市外施設（ _____ ）
その他特記す べきこと	

情報提供に関す る同意確認書	私は、入所申込施設が保険者から私の要介護認定一次判定資料の提供を受けることに 同意します。 また、この申込書にある内容を保険者・地域包括支援センター・担当ケアマネジャーへ 情報提供することに同意します。
	指定介護老人福祉施設 小平グリーンてらす 施設 _____ 宛 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 氏名（入所申込者ご本人） _____ 印 _____ （代筆者氏名 _____）