

指定介護老人福祉施設 つばい愛の郷 入所申込書

令和 年 月 日

指定介護老人福祉施設 つばい愛の郷 施設長 様

〒 _____
住 所

フリガナ
氏 名

生年月日 明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)

電話番号

指定介護老人福祉施設 つばい愛の郷 に入所したいので、関係書類を添えて申し込みます。

身元引受人 (1)	フリガナ 氏 名		続 柄	
	住 所	〒 _____ 生年月日：大正・昭和・平成 年 月 日		
	電話番号		F A X	
	携帯番号		メー ル	
身元引受人 (1)	フリガナ 氏 名		続 柄	
	住 所	〒 _____ 生年月日：大正・昭和・平成 年 月 日		
	電話番号		F A X	
	携帯番号		メー ル	

【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、また在宅サービスを利用されている方は、直近3ヶ月分の「サービス利用票」及び「サービス利用票別表」のコピーも併せて添付して下さい。

状 況 申 込 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	生年月日	明・大・昭 年 月 日		
介護被保険者番号	市・区・町・村				
介護認定有効期限	平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日				
入所希望時期	1. 直ちに入所したい 2. 年 月頃に入所したい				
入所についての本人の意志	1. 希望している 2. 希望していない 3. 判断が出来ない				
入所部屋の希望について	1. 多床室 2. 個室 3. どちらでもよい				
	※施設の状況次第ではご希望に添えない場合もございます。予めご了承願います。				
同居の家族構成	氏名(フリガナ)	続柄	生年月日	職業	備考
			・		
			・		
			・		
			・		
			・		
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・姉妹、甥、姪など)				
	氏名(フリガナ)	続柄	生年月日	職業	住所
			・		〒
			・		〒
			・		〒
			・		〒
			・		〒
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. 複数人が介護をしている(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()				

氏名:			
本人の居る場所	1. 自宅 2. 病院 3. 他施設(施設名・種類)		
	4. その他		
	自宅以外の場合	名称	
		所在地	
	電話		
特養への申込み状況	・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 ・船橋百寿園 ・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 ・船橋朋松苑 ・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 ・プレーゲ船橋 ・南三咲 ・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		寛解・治癒時期	年 月
		寛解・治癒時期	年 月
		寛解・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～
		発症時期	年 月～
※糖尿病の方のみ お聞きします	内服薬 無・有		
	インスリン注射 無・有(回/日) 薬品名:()		
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		
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	在宅で介護が出来ない状況をわかりやすく記入して下さい。		

※空欄に記載、該当箇所に○印

氏名：		身長： cm ・ 体重： kg	
身体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 ※車椅子の使用：(無 ・ 有) 自走：(可 ・ 不可) 移乗：(可 ・ 不可)	
	食事	1. 可能 2. 声掛け、見守りが必要 3. 半介助 4. 全介助 ※内容 1. 普通食 2. 粥食 3. きざみ食 4. 流動食 5. 糖尿病食 6. 高血圧食 7. 鼻腔栄養 8. 胃ろう 9. その他制限食	
	排泄	1. 可能 2. 声掛け見守りが必要 3. 半介助 4. 全介助	
	更衣	1. 可能 2. 声掛け見守りが必要 3. 半介助 4. 全介助	
	入浴	1. 可能 2. 声掛け見守りが必要 3. 半介助 4. 全介助	
	身体障害等床ずれ	無 ・ 有(障害の状況：)	
		無 ・ 有(部位と大きさ：)	
認知症の状況	正常 ・ I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M (ケアマネージャーにお聞き下さい)		
精神および行動の状況	下記の問題行動(行動障害)について、項目ごとに該当する数字を記入して下さい。		
	・ 問題行動(行動障害)がない場合は 「1」を記入		
	・ 1ヶ月に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
	幻覚や妄想がある		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		嘘をつく事がある
その他、認知症等の状況や問題行動で困っている点を記入して下さい。			

※これは例文です

項目1: 申込者本人の生活歴(生い立ち)、性格的特徴、嗜好・趣味をお書きください(記入必須)

昭和〇年北海道にて出生。父は漁師であった。母は専業主婦。10人兄弟の末っ子。

最終学歴は高等女学校。卒業後は洋裁学校に通い、後に家庭科の教師となる。

昭和〇〇年頃、教師である夫:△男と結婚。本人が26歳の時に1女をもうける。出産を機に退職し、

専業主婦となる。洋裁を趣味で続け、公民館などでは臨時講師を務めるなどしていた。

本人が50歳の時に夫が食道癌で他界。その後公民館で洋裁教室の講師を務めた。その後、娘が嫁ぎ、

独居生活となった頃から夜間不眠がちとなる。精神科を受診し軽度の鬱と診断され、睡眠薬の内服が

開始となる。その後しばらくは悪化なく穏やかな生活が続いたが、本人65歳の頃よりパーキンソン

症状が現れ、洋裁教室の講師を続けられなくなる。次第に外出が億劫になり、家の中に閉じこもる

ようになる。娘家族や知人がたびたび本人宅に訪れて、外出の同伴をしたり、買い物を代行してくれ

たりしたが、状態は徐々に悪化。3年前には自宅の階段より転倒。大腿部頸部骨折により〇〇病院に

入院。退院後は訪問看護や娘の協力により、何とかリハビリ生活を続けていたが、1年ほど前より

認知症様の症状が出現。娘に暴言が聞かれるようになる。また、早朝に散歩に出かけ、帰路が

わからなくなり、警察に保護されることがあった。貴重品の管理なども次第にできなくなり、

在宅での独居生活が困難となり、市のデイサービスを利用しながら今日までなんとか生活を

続けている。娘の疲弊も相当であり、当施設への入所を希望するに至った。

(個人情報ですので、第三者への情報の漏えいは致しません。できるだけ詳しくご記入ください。)

項目2: 申込者が施設介護を受ける上で、家族の考える(望む)本人の「理想形」とは?(記入必須)

< 箇条書きでも結構です >