

# 指定介護老人福祉施設特別養護老人ホームプレーグ本塾入所申込書

平成 ○○年 △月 ××日

指定介護老人福祉施設特別養護老人ホームプレーグ本塾施設長 様

〒 ○○○-△△□□

住所 千葉県印西市笠神 ○○××-△△

記入例

(フリガナ) カサガミ ハナコ  
氏名 笠神 花子 性別 女性

明・(大)・昭

生年月日 ○年 △月 ×日 (○○歳)

電話番号 0476 - ○○ - ××××

指定介護老人福祉施設 特別養護老人ホームプレーグ本塾 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<br>(連絡先・送付先) | フリガナ | カサガミ タロウ                | 続柄 | 長男   |
|                     | 氏名   | 笠神 太郎                   | 年齢 | 58 歳 |
|                     | 住所   | 〒○○○-△△□□<br>印西市笠神 ×××× |    |      |
|                     | 電話番号 | 0476-○○-××××            |    |      |
| 身元引受人②              | フリガナ | カサガミ ヨシコ                | 続柄 | 長女   |
|                     | 氏名   | 笠神 良子                   | 年齢 | 60 歳 |
|                     | 住所   | 〒○○○-△△××<br>印西市大森 ×××× |    |      |
|                     | 電話番号 | 0476-○○-△△△△            |    |      |

- 備考
- 今後、施設からの連絡は、上記の身元引受人の方にします。
  - 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『サービス提供別票』のコピー併せて添付して下さい。
  - 身元引受人は、一名でも結構です。

状 況 申 請 書

※ 空欄に記載、該当箇所に○印

|           |                                                                           |      |                  |                                        |
|-----------|---------------------------------------------------------------------------|------|------------------|----------------------------------------|
| 入 所 希 望 者 | 氏名： 笠神 花子                                                                 |      | 年齢： ○○歳          | 性別： 男 <input checked="" type="radio"/> |
| 要介護状態区分   | 要介護1・2・3・4 <input checked="" type="radio"/> 5                             | 生年月日 | 明・大・昭 ○○年 △月 △×日 |                                        |
| 介護被保険者番号  | 印 西 <input checked="" type="radio"/> 市・町・村                                | 0    | 0                | 0                                      |
| 介護認定期間    | 平成 ○○年 ××月 △△日～平成 ○○年 △△月 ××日                                             |      |                  |                                        |
| 入所希望時期    | <input checked="" type="radio"/> 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思 | 1. 希望している      2. 希望していない <input checked="" type="radio"/> 3. 判断できない |
|--------------|----------------------------------------------------------------------|

| 同居の家族構成 | 氏 名   | 続柄   | 年齢 | 職業  | 備考 |
|---------|-------|------|----|-----|----|
|         | 笠神 太郎 | 長男   | 54 | 会社員 |    |
|         | 春子    | 長男の嫁 | 53 | パート |    |
|         | 一朗    | 孫    | 16 | 学生  |    |
|         | 由紀    | 孫    | 13 | 学生  |    |
|         |       |      |    |     |    |

| 同居以外の家族構成 | ※近隣者の状況(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       |
|           | 笠神 良子                             | 長女   | 52 | 会社員 | 印西市大森 ○○○ |
|           | 三郎                                | 長女の夫 | 52 | 会社員 | 印西市大森 ○○○ |
|           | 洋子                                | 孫    | 10 | 学生  | 印西市大森 ○○○ |
|           | 印西 菊子                             | 次女   | 50 | パート | 印西市瀬戸 △△△ |
|           | 仙太郎                               | 次女の夫 | 50 | 会社員 | 印西市瀬戸 △△△ |

|       |                                       |
|-------|---------------------------------------|
| 主な介護者 | 氏名： 笠神 春子      続柄： 長男の嫁      年齢： 53 歳 |
|-------|---------------------------------------|

|              |                                                                                                                                     |
|--------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 世帯状況(入所申込者)  | <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input checked="" type="checkbox"/> その他(      )                          |
| 介護者の介護負担     | <input checked="" type="checkbox"/> 重い <input type="checkbox"/> やや重い <input type="checkbox"/> 軽い <input type="checkbox"/> 負担なし      |
| 介護者の障害や疾病    | 無・ <input checked="" type="radio"/> 有(      リウマチ、ガン、      )                                                                         |
| 介護者の就労       | 無・ <input checked="" type="radio"/> 有(職種： 介護職    日数： 8 日/週    8 時間/日)                                                               |
| 介護者の育児・家族の病気 | <input checked="" type="radio"/> 無・有(      )                                                                                        |
| 介護者の介護への関わり方 | <input type="checkbox"/> 介護拒否 <input type="checkbox"/> 非常に消極的 <input checked="" type="checkbox"/> やや消極的 <input type="checkbox"/> 普通 |
| 他の同居介護補助者    | <input checked="" type="radio"/> 無・有(続柄：      日数：      日/週程度)                                                                       |
| 別居血縁者介護協力    | <input checked="" type="radio"/> 無・有(続柄：      日数：      日/週程度)                                                                       |
| 近隣者等の介護協力    | <input checked="" type="checkbox"/> ほとんどなし <input type="checkbox"/> 随時あり <input type="checkbox"/> 常時あり                              |



氏名: **笠神 花子**

※ 空欄に記載、該当箇所に○印

|                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                    |                                                     |                                      |
|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|--------------------------------------|
| 本人のいる場所              | 1. 自宅 <input checked="" type="radio"/> 2. 病院(入院中) 3. 他施設(施設の種類)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                    |                                                     |                                      |
|                      | 自宅以外<br>の場合                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 名称                                                 | 〇〇××病院                                              |                                      |
|                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 所在地                                                | 印西市笠神〇〇△△                                           |                                      |
|                      | 電話                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 0476-〇〇-××××                                       |                                                     |                                      |
| 特養への申込状況             | <input checked="" type="radio"/> 栄白翠園 <input checked="" type="radio"/> みどり荘 <input type="radio"/> ハートヴィレッジ <input checked="" type="radio"/> 印旛晴山苑 <input checked="" type="radio"/> 佐倉白翠園 <input checked="" type="radio"/> 菊華園<br><input type="radio"/> さくら苑 <input type="radio"/> 志津ユーカリ苑 <input checked="" type="radio"/> 玲光苑 <input type="radio"/> 成田苑 <input type="radio"/> 名木の里 <input type="radio"/> 長寿園 <input type="radio"/> 有楽苑<br><input type="radio"/> エコトピア酒々井 <input type="radio"/> はちす苑 <input type="radio"/> ゆたか苑 <input type="radio"/> その他( ) |                                                    |                                                     |                                      |
| 今までかかった病気            | 糖尿病                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 治療時期                                               | 大・ <input checked="" type="radio"/> 昭 〇〇年 ××月 △△日   |                                      |
|                      | 高血圧                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 治療時期                                               | 大・ <input checked="" type="radio"/> 昭 〇〇年 ××月 △△日   |                                      |
| 現在治療している病気           | 脳梗塞                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 発症期間                                               | 大・ <input checked="" type="radio"/> 昭 〇〇年 ××月 △△日   |                                      |
|                      | 認知症                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 発症期間                                               | 大・昭・ <input checked="" type="radio"/> 平 〇〇年 ××月 △△日 |                                      |
| 糖尿の方にお聞きます           | 飲み薬                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 無 <input checked="" type="radio"/> 有               |                                                     |                                      |
|                      | インスリン注射                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input checked="" type="radio"/> 無 ・ 有 (      回/日) |                                                     |                                      |
| かかりつけの医療機関<br>主治医師名等 | 医療機関名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 〇〇××病院                                             |                                                     |                                      |
|                      | 電話番号                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 0476-〇〇-××××                                       |                                                     |                                      |
|                      | 医療機関住所                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 印西市笠神〇〇△△                                          |                                                     |                                      |
|                      | 主治医氏名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | ×× ××                                              |                                                     |                                      |
| 在宅サービスについて           | 1. 利用している <input checked="" type="radio"/> 2. 利用していない                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                    |                                                     |                                      |
|                      | 要介護度                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 基準限度額                                              | 月間使用単位数                                             | ※ ご利用単位数をご記入下さい。<br>※ 利用提供票を添付して下さい。 |
|                      | 要介護1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 16,692                                             |                                                     |                                      |
|                      | 要介護2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 19,616                                             |                                                     |                                      |
|                      | 要介護3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 26,931                                             |                                                     |                                      |
|                      | 要介護4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 30,806                                             |                                                     |                                      |
|                      | 要介護5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 36,065                                             |                                                     |                                      |
| 事業所名                 | 担当氏名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 電話番号                                               |                                                     |                                      |
| 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<br><b>退院後、このままの状態では家で介護することができない。また、共働きのため日中だれも介護するものがないので難しい。</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                    |                                                     |                                      |

氏名:

笠神 花子

※ 空欄に記載、該当箇所に○印

|                                                                                                                      |                                                                                                           |                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                    |   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| 身体及び日常生活動作の状況                                                                                                        | 視力                                                                                                        | 1. 正常 <input checked="" type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> 2. 大きい声なら聞こえる 3. ほとんど聞こえない 4. 全く聞こえない                                                                                |                                                                                                                                                    |   |
|                                                                                                                      | 会話                                                                                                        | 1. 正常 <input checked="" type="radio"/> 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. シルバーカーで可能 4. 半介助 <input checked="" type="radio"/> 5. 全介助                                                                               |                                                                                                                                                    |   |
|                                                                                                                      |                                                                                                           | ( 車椅子の使用: 無 <input checked="" type="radio"/> 有 自走: 可 <input checked="" type="radio"/> 不可 移乗: 可 <input checked="" type="radio"/> 不可 )                        |                                                                                                                                                    |   |
|                                                                                                                      | 食事                                                                                                        | 1. 可能 2. 声掛け、見守りが必要 <input checked="" type="radio"/> 3. 半介助 4. 全介助                                                                                          |                                                                                                                                                    |   |
|                                                                                                                      |                                                                                                           | 内容: 1. 普通食 2. 粥 3. 一口大 <input checked="" type="radio"/> 4. きざみ食 5. 流動食 6. ゼリー食<br><input checked="" type="radio"/> 7. 糖尿病食 8. 鼻腔栄養 9. 胃ロウ 8. その他( 1500Cal ) |                                                                                                                                                    |   |
|                                                                                                                      | 排泄                                                                                                        | 日中                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 簡易式トイレ使用 <input type="checkbox"/> 声掛け、見守りが必要(パンツ・オムツ) <input checked="" type="checkbox"/> 全介助 |   |
|                                                                                                                      |                                                                                                           | 夜間                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 簡易式トイレ使用 <input type="checkbox"/> 声掛け、見守りが必要(パンツ・オムツ) <input checked="" type="checkbox"/> 全介助 |   |
|                                                                                                                      | 更衣                                                                                                        | 1. 可能 2. 声掛け、見守りが必要 3. 半介助 <input checked="" type="radio"/> 4. 全介助                                                                                          |                                                                                                                                                    |   |
| 入浴                                                                                                                   | 1. 可能 2. 声掛け、見守りが必要 3. 半介助 <input checked="" type="radio"/> 4. 全介助                                        |                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                    |   |
| 身体障害等                                                                                                                | <input checked="" type="radio"/> 無・有(障害名 ) 種 級                                                            |                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                    |   |
| 床ずれ                                                                                                                  | 無 <input checked="" type="radio"/> 有(部位: 仙骨部 ), 大きさ:( 1cm× 2cm)                                           |                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                    |   |
| 精神及び行動の状況                                                                                                            | 認知の状況                                                                                                     | 正常・I・IIa・IIb・III <input checked="" type="radio"/> IIIa・IIIb・IV・M<br>(担当ケアマネージャーに確認をして下さい。)                                                                  |                                                                                                                                                    |   |
|                                                                                                                      | 下記の行動障害について、項目ごとに該当する数字を記入してください。<br>・ 行動障害がない場合は『1』を記入<br>・ 1ヶ月に1回以上ある場合は『2』を記入<br>・ 1週間に1回以上ある場合は『3』を記入 |                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                    |   |
|                                                                                                                      | 被害的                                                                                                       | 1                                                                                                                                                           | 落ち着きなし                                                                                                                                             | 2 |
|                                                                                                                      | 作話                                                                                                        | 2                                                                                                                                                           | 外に出て戻れない                                                                                                                                           | 1 |
|                                                                                                                      | 幻視・幻聴                                                                                                     | 2                                                                                                                                                           | 収集癖                                                                                                                                                | 1 |
|                                                                                                                      | 感情が不安定                                                                                                    | 3                                                                                                                                                           | 一人で出たがる                                                                                                                                            | 1 |
|                                                                                                                      | 昼夜逆転                                                                                                      | 2                                                                                                                                                           | 火の不始末                                                                                                                                              | 1 |
|                                                                                                                      | 常時の徘徊                                                                                                     | 1                                                                                                                                                           | 物や衣服を壊す                                                                                                                                            | 1 |
|                                                                                                                      | 暴言・暴力                                                                                                     | 3                                                                                                                                                           | 不潔行為                                                                                                                                               | 1 |
|                                                                                                                      | 同じ話をする                                                                                                    | 3                                                                                                                                                           | 異食行動                                                                                                                                               | 1 |
|                                                                                                                      | 大声を出す                                                                                                     | 3                                                                                                                                                           | 性的迷惑行為                                                                                                                                             | 1 |
| 介護に抵抗                                                                                                                | 3                                                                                                         | ひどい物忘れ                                                                                                                                                      | 3                                                                                                                                                  |   |
| 認知症状で困っている点を具体的に記入してください。<br>食べた事も忘れて何度も食事を欲しがります。その時、食べた事を伝えると興奮し感情が不安定になるのか、大声や暴言ときには暴力をふるうことがあります。家族全員困っている状態である。 |                                                                                                           |                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                    |   |