

第1号様式

入所申込書

○年△月×日

指定介護老人福祉施設 プレーグ船橋 施設長 様

〈記入例〉

住所：船橋市金堀町〇〇〇〇

(フリガナ) フナバシ カズコ

氏名：船橋 和子

生年月日：明・天・昭 ○年△月×日(〇〇歳)

電話番号：047 - 〇〇〇 - XXXX

指定介護老人福祉施設 プレーグ船橋に入所したいので、関係書類を添えて申込みます。

身元引受人 (1)	氏名	船橋 弘	続柄	長男
	住所	船橋市金堀町 〇〇〇〇		
	電話番号	047 - 〇〇〇 - XXXX		
	日中連絡先	090 - 〇〇〇〇 - XXXX		
身元引受人 (2)	氏名	船橋 由子	続柄	長女
	住所	船橋市湊町 XXX		
	電話番号	047 - 〇〇〇 - XXXX		
	日中連絡先	090 - 〇〇〇〇 - XXXX		

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。

第2号様式

状況申告書

※空欄に記載、該当箇所に○印

入所希望者	氏名：船橋 和子		年齢：○○歳	性別：男・ <input checked="" type="radio"/> 女	
要介護状態区分	1・2・3・4・ <input checked="" type="radio"/> 5	生年月日	明・ <input checked="" type="radio"/> 大・昭 ○年 △月 ×日		
介護被保険者番号	船橋	<input checked="" type="radio"/> 市・区・町・村	0 0 0 0 1 2 3 4 5 6		
介護認定有効期間	平成○○年 △月 ×日～平成○○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 <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	日中連絡先
	船橋 弘	長男	54	会社員	090-0000XXXX
	典子	長男の嫁	53	パート	080-0000-XXXX
	佳祐	孫	16	学生	
	祐美	孫	13	学生	
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
	船橋 由子	長女	50	会社員	船橋市湊町XXX 047-000-XXXX
	恵里	孫	15	学生	
主な介護者	氏名：船橋 典子		続柄：長男の嫁		
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。				
	<input checked="" type="radio"/> 6. その他（仕事をしていた日中いない、子育ての為 ）				

第3号様式

※空欄に記載、該当箇所に○印

氏名： 船橋 和子				
本人の居る所	1. 自宅 <input checked="" type="radio"/> 病院 3. 他施設（施設の種類）			
	4. その他（ ）			
	自宅以外の 場合	名 称	〇×病院	
		所 在 地	船橋市湊町〇〇△△	
電 話		047 - XXX - △△△△		
特養への申込状況	<input checked="" type="radio"/> 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 ・船橋市朋松苑 ・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 ・その他（ ）			
既往症名	糖尿病	治 癒 時 期	昭和〇〇年△月	
	高血圧	治 癒 時 期	昭和〇〇年△月	
現在の主な病名	脳梗塞	発 症 時 期	昭和〇〇年△月～	
	脳血管性認知症	発 症 時 期	平成〇〇年△月～	
糖尿病の方にお聞きします	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 主治医師名等	医療機関名	〇×病院		
	電話番号	047 - XXX - △△△△		
	医療機関所在地	船橋市湊町〇〇△△		
	主治医氏名	〇〇 XX		
在宅サービスについて	1. 利用している <input checked="" type="radio"/> 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。			
	病院退院後、今の状態では家で介護することが			
	困難。又、共働きで日中家に誰もいない状態			
	である。			

第4号様式

※空欄に記載、該当箇所に○印

氏名: <u>船橋 和子</u>				
身体状況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. 半介助 <input checked="" type="radio"/> 4. 全介助 (車いすの仕様: 無・ <input checked="" type="radio"/> 自走: 可・ <input checked="" type="radio"/> 移乗: 可・ <input checked="" type="radio"/>)		
	食事	1. 可能 2. 声かけ、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 <input checked="" type="radio"/> 3. きざみ食 4. 流動食 <input checked="" type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> 4. 全介助		
	更衣	1. 可能 2. 声かけ、見守りが必要 3. 半介助 <input checked="" type="radio"/> 4. 全介助		
	入浴	1. 可能 2. 声かけ、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)		
	床ずれ	無 ・ <input checked="" type="radio"/> (部位と大きさ <u>仙骨部</u> <u>1cm x 2cm</u>)		
認知症の状況	正常 ・ I ・ IIa ・ IIb ・ <input checked="" type="radio"/> IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M (ケアマネジャーに聞いてください)			
精神及び行動の状況	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			
	被害妄想になる	1	感情が不安定になる	3
	幻覚や幻想がある	2	暴言や暴行がある	3
	夜間不眠や昼夜逆転がある	2	徘徊がある	1
	大声や奇声を発する	3	不潔行為がある	1
	収集癖や盗癖がある	1	自傷行為が	1
	異食行為がある	1	嘘をつくことがある	1
	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。			
	<u>食べたことを忘れてしまい、何度も食事を欲しがる。その時食べたことを伝えると興奮し、感情が不安定になるが、大声や暴言、時にはたたこうとすることがあり、家族が皆困っている状態である。</u>			

第5号様式

※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ことが必要です。 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