みさとの杜翔裕園 入所申込み必要書類

・入所申込書

・入所申込状況調査票

・介護保険証の写し（コピー）

・直近３ヵ月分のサービス利用表及び別表の写し（介護保険の在宅サービスをご利用の方のみ）

・介護サービス計画書（ケアプラン）

以上の書類が提出された時点で申込み受付けとなります。

※申し込み後、入所希望者に身体状況等で大きな変化（入院・他施設への入所を含む）が生じた場合や、要介護度が変更となった場合はご連絡下さい。

その他、不明な点等あれば担当職員までお問い合わせ下さいますよう、よろしくお願い致します。

介護老人福祉施設 みさとの杜翔裕園
担　当：　　鈴　木
電話：0229-33-3255

入 所 申 込 書

社会福祉法人　杜の村　　平成　　年　　月　　日

介護老人福祉施設　みさとの杜翔裕園 施設長 殿

入所申込者（ふりがな）

氏　名　　㊞　　続柄（　　）

住　所　〒

連絡先TEL

次のとおり介護老人福祉施設みさとの杜翔裕園への入所を申込みます。

写真添付欄
上半身脱帽
1年以内撮影

本人	入所希望者 氏　名	ふりがな　男・女		
	生年月日	明治・大正・昭和　年　月　日（　）		
	本籍地			
	現住所	〒		
	電話番号			
	入所希望理由			
介護保険証	要介護度区分	1・2・3・4・5・申請中	保険者名	
	被保険者番号		保険者番号	
	認定有効期間	平成　年　月　日 ～ 平成　年　月　日 まで		
身元引受人	ふりがな		続柄	
	氏名			
	住所	〒		
	電話番号		携帯電話	
	生年月日	大正・昭和・平成　年　月　日（　）歳		
	勤務先		勤務先電話	
担当介護支援専門員		事業所名		
		担当者名		

主治医	病院名	
	住所	
	医師名	TEL

家族構成	氏　　名	続柄	生年月日	同居・別居	職業	電話番号

サービス等利用状況			
	利用されているサービス等をチェックし、(　　)にご利用されている事業所名をご記入下さい。(複数可)		
	□ホームヘルプサービス	利用先(　　)	
	□訪問入浴	利用先(　　)	
	□訪問リハビリテーション	利用先(　　)	
	□訪問看護	利用先(　　)	
	□通所介護(デイサービス)	利用先(　　)	
	□通所リハビリテーション(デイケア)	利用先(　　)	
	□ショートステイ	利用先(　　)	
	□施設入所中	□介護老人保健施設 □有料老人ホーム □グループホーム □その他(　　)	入所先(　　) 入所年月日　平成　　年　　月　　日
	□病院入院中	入院先(　　) 入院年月日　平成　　年　　月　　日	

収入の状況				
	年金・恩給等	種類		年額　　円
				年額　　円
	その他の収入			
	利用料・経費等の支払者	1. 本人負担　　2. 一部身元引受人負担　　3. 全額身元引受人負担		

その他		
	医療保険	・後期高齢者医療保険　　・国民健康保険　　・被用者保険
	障害者手帳	無　・　有(　　種　　級)
	生活保護	無　・　有

備考	

介護老人福祉施設 みさとの杜翔裕園

入 所 申 込 状 況 調 査 票

注意1　この書類は、入所選考における個別状況把握のために重要資料となりますので、できるだけ詳細にご記入下さい。

注意2　担当のケアマネジャーがいらっしゃる場合は、下記の記載について依頼され、代行していただいても結構です。

【記載年月日】 平成　　年　　月　　日

【記載者氏名】 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 【続柄】 ＿＿＿＿＿＿

【　入所を希望される方の状況についてお伺いいたします　】

ふりがな 氏　名			
生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和　　年　　月　　日　　歳		
現病名	疾病名	発症年	※疾病に関する特記事項
		昭・平　　年	
		昭・平　　年	
		昭・平　　年	
		昭・平　　年	
既往歴		昭・平　　年	
		昭・平　　年	
		昭・平　　年	
		昭・平　　年	

身体状況について	
食事	□ 自立　□ 見守り　□ 一部介助　□ 全介助 □ 経管栄養　□ その他（　　） （ 主食 ）　□ ご飯　□ お粥　□ ミキサー （ 副食 ）　□ 常食　□ 一口大　□ 刻み　□ ミキサー
飲み込み	□ 問題なし　□ やや困難　□ 困難
排泄	□ 自立　□ 誘導　□ 一部介助　□ 全介助 □ トイレ　□ ポータブルトイレ　□ 尿器　□ その他（　　） □ 綿パンツ　□ 尿取りパッド　□ リハビリパンツ　□ オムツ
更衣	□ 自立　□ 一部介助　□ 全介助（協力動作 有 ・ 無 ）
入浴	□ 自立　□ 一部介助　□ 全介助 □ 普通浴　□ リフト浴　□ 機械浴　□ その他（　　）
移動	□ 独歩（ 安定 ・ 不安定 ）　□ 杖歩行　□ 歩行器使用 □ 歩行介助　□ 車椅子（ 自操 ・ 介助 ）　□ 不可（理由：　　）

立位保持	□ 自立　□ 支えがあれば可　□ 困難
視力	□ 普通　□ やや悪い　□ 人の動きがわかる程度　□ 全盲 □ メガネ使用
聴力	□ 普通　□ 大声で聞こえる　□ 耳元で大声で聞こえる □ 聞こえない　□ 補聴器使用
言語	□ 普通　□ 聞き取りにくい　□ 聞き取れない　□ 話せない
意思の疎通	□ 普通　□ やや困難　□ 困難
認知・精神の症状	認知症の診断を □受けている(診断名:　　) □受けていない
	認知症の診断を受けていないが認知症状が　□ 有る　□ 無い □ 何らかの認知・精神症状を有するが，日常生活はほぼ自立している □ 日常生活に支障があるような症状が見られ，介護(見守り含)が必要 □ 著しい精神症状や問題となる行動が見られ，専門医療を必要とする □ その他(　　) □ 徘徊　□ 被害妄想　□ 暴言・暴行　□ 昼夜逆転　□ 帰宅願望 □ 介護抵抗　□ 不潔行為　□ 異食行為　□ 幻視・幻聴　□ 不眠
家族構成	□ 独居　□ 老夫婦世帯(70歳以上の夫婦のみの世帯　□ 家族と同居
医療的処置	□ 留置カテーテル(尿)　□ 経管栄養(胃ろう・経鼻)　□ 酸素療法 □ インシュリン注射　□ 人工透析　□ 床ずれの処置 □ 気管切開　□ 吸引　□ 吸入

※特別な事由や施設への伝達事項等ありましたら、ご記入下さい。

※その他、入所希望者の身体状況等について不明な点等あれば、担当の介護支援専門員と連絡を取り、状況を確認する場合もありますのでご了承ください。

【　主に介護をなさっている方の状況についてお伺いいたします。 】

※施設等へ入所中の方は、その施設を退所した際のことを想定して記入して下さい。

同居・別居に関わらず，介護を行っている方についてお書き下さい				
氏名（ふりがな）	続　柄（主介護者に◎）	生年月日（年齢）	同居の有無	仕事の有無
	（　　）	（　　）	同居　別居	フルタイム・パート・無
	（　　）	（　　）	同居　別居	フルタイム・パート・無
	（　　）	（　　）	同居　別居	フルタイム・パート・無
	（　　）	（　　）	同居　別居	フルタイム・パート・無

【　主たる介護者の状況について　】	
疾病の状況	□ 現在加療中の病気がある （ 病名: □ 現在加療中の病気がない
障害の状況	□ 障害者手帳がある　　障害の種別・等級（　　種　　級） □ 障害者手帳がない
要介護度の状況	□ 要介護度がある（要支援１・２・要介護１・２・３・４・５） □ 要介護度がない
育児の状況	□ 小学校就学未満の家族がいる　（ 子供の年齢　　歳） □ 小学校就学未満の家族がいない
介護の状況	□ 介護の必要な家族が入所希望者の他にいる （要支援１・２・要介護１・２・３・４・５） □ 介護の必要な家族が入所希望者の他にいない
同居・別居の状況	□ 主たる介護者が入所希望者と同居している □ 主たる介護者が入所希望者と同居していない 別居の場合、介護しに行く際の移動時間（　　時間　　分）