

フェリーチェ上野原入居申込書

【記入例】

フェリーチェ上野原 施設長様

入居を希望するので、下記のとおり申込みます。

申込日	平成25年 ○月 □□日
受付日	平成 年 月 日
受付者	受付番号

申込者連絡先 (の方の場合) 家族等代理	氏名	山田 太郎	〒	409-0112	
	続柄	長男	住所	上野原市上野原○○○-△△△番地	
	電話番号	62-1000	差し支えなければ・・・)携帯番号	○○○-□□□□-×××	

本人の状況	(フリガナ)	ヤマダ イチロウ		性別							保険者名			
	氏名	山田 一郎			男 ・ 女	介護保険者番号	1	9	2	1	2	0	上野原市	
						被保険者番号	○	○	○	○	○	○	○	○
	生年月日	明大 昭 10年 1月 1日(満 ○○歳)			要介護度	1・2・3・4・5								
	要介護認定期間	平成 ××年 △△月 □□日から			認定申請予定日	平成 年 月 日								
		平成 ××年 △△月 □□日まで				※未申請の方は記入しないで下さい								
	自宅住所	〒 本人の自宅住所			電話番号	本人自宅の電話番号								
	現在の居所	<input type="checkbox"/> 自宅で単身 <input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯 <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 他の施設や病院に入っている												
	※自宅以外に居住して記入	施設・病院の名称	施設・病院にいる場合は、その名称(××病院、老健□□□の里など)			所在地	〒 → その住所 → その電話番号							
		入所又は入院期間	平成 年 月から(年 か月)			電話番号								
入居申込理由	<input type="checkbox"/> 介護する者が全く居ないため <input type="checkbox"/> 介護する者が遠方に居住するか又は長期入院中で十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」、「障害」、「疾病」、等により十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者が複数の要介護者に介護又は育児を提供しなければならず、十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者が就労していることから、(昼間独居となり常時の)十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護ができないため <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 住居がない又は立ち退きを求められている <input type="checkbox"/> 借家等のため本人に適した住宅改修ができない <input type="checkbox"/> 住居の構造上支障がある <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 経済的負担が大きいため <input type="checkbox"/> その他()													
本人の入居意向	<input type="checkbox"/> 入居を希望している <input type="checkbox"/> 納得している <input type="checkbox"/> 迷っている <input type="checkbox"/> 拒否している <input type="checkbox"/> 知らせていない <input type="checkbox"/> 認知力低下により理解困難													
在宅介護継続期間	4年 5か月			居宅サービスの利用の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有(下記についても記入してください) <input type="checkbox"/> 無									
申込日前月に利用中のサービス(5月分)	訪問介護	10回/月			訪問入浴	回/月		訪問看護	回/月					
	訪問リハビリ	回/月			通所介護	8回/月		通所リハビリ	回/月					
	福祉用具貸与	品目			短期入所生活介護	14日/月		短期入所療養介護	日/月					

本人の状況	入居希望時期	<input checked="" type="checkbox"/> 早期希望(1~3か月) <input type="checkbox"/> 6か月 <input type="checkbox"/> 1年以内 <input type="checkbox"/> 1年以上()年以内		
	利用している居宅介護支援事業所名	電話番号	担当ケアマネジャー名	
	医療の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インスリン自己注射 <input type="checkbox"/> ストーマ(人工肛門)処置 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> その他() 現在治療中の病名(脳梗塞後遺症、認知症) 受診している医療機関名(上野原市立病院) 特記事項 認知症の治療で、三生会病院に通院しています。以前は糖尿病で毎食時にインスリン注射してましたが現在は中止しています。 など		
	問題行動の状況	<input type="checkbox"/> 徘徊 1・2・3・4 <input type="checkbox"/> 自傷行為 1・2・3・4 <input type="checkbox"/> 異食行動 1・2・3・4 <input type="checkbox"/> 不潔行為 1・2・3・4 <input type="checkbox"/> 暴力行為 1・2・3・4 <input type="checkbox"/> 火の不始末 1・2・3・4 <input type="checkbox"/> 不穏行動 1・2・3・4 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 1・2・3・4 <input type="checkbox"/> 被害妄想 1・2・3・4 ※頻度について該当数字に○をつけてください。 1. ほぼ毎日 2. 週3~4回程度 3. 週1~2回程度 4. 月に数回程度 <input type="checkbox"/> 該当なし 特記事項 家の外に出てしまう。ところ構わずに放尿してしまう。 など		
	他施設への申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申込み <input type="checkbox"/> 他の施設(特養・老健・療養型・病院)にも申し込んでいる(予定も含む) (2 箇所) 既に申し込んでいる他の施設名(桜荘) (桜の里) () 今後申込み予定の施設名(大月富士見苑) () () 特養待機期間(他施設も含む) 年 月 日		
主たる介護者の状況	家族構成	<input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> その他() 計 人		
	(フリガナ)	ヤマダハナコ	性別	年齢
	主たる介護者の氏名	山田花子	男・女	85歳
	意見等(現状の介護で困っていることなど)	(※身体状況(健康状態)や仕事の有無(週の勤務日数及び時間)などを記入してください。) ・長年介護を続けてきたが、疲労とストレスが蓄積している。また高血圧と心不全を患っており通院している。 ・市内に長男夫婦が居住しているが、二人とも正規雇用職員で不規則な勤務であり、介護の協力は得られない。 など。		
家族以外の親族・援助者の有無	<input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 兄弟・親戚等 <input type="checkbox"/> 親族はないが援助者あり <input type="checkbox"/> 親族・援助者なし			
入居の申込にあたり、その手続きについて説明を受けました。 平成 25年 ○月 □□日 氏名 山田太郎				

同意欄	今後、入居申込者の状況等について、保険者である市町村及び担当ケアマネジャー、その他サービス提供事業者等に照会することに同意いたします。 平成 25年 ○月 □□日 氏名 山田一郎
-----	---

注1 要介護度などの要件や他施設に入居されるなどの状況に変化があった場合は、すぐに施設へお知らせください。

注2 必要に応じて申込後の状況について、施設から確認や連絡をする場合があります。

その他

※入居を申し込むにあたり、特段の事情がある場合は下記にご記入ください。

・定年まで元気に会社勤めをしていたが、退職後70歳のときに脳梗塞を発症し、上野原市立病院へ入院し、治療を行った。以後は回復し、石和の温泉病院へリハビリ目的で転院した。入院中に、もともとあった糖尿病が悪化しインスリン注射を行うようになった。長年の入院費がかさみ、遠方へのお見舞いも大変になってきたので、今年の9月に市内の老健〇〇〇に入所し、現在に至っている。今の老健も入所期限があり、退所後の行き先を決めるように施設の職員から言われているので当施設に申し込みすることにした。近所に長男夫婦が居住しているが、二人とも正規雇用で勤務も不規則なシフト制なので、終日不在なことがほとんどである。そのため介護協力を得ることはできない。

※困っている事、理由。

※要介護状態になるまで。入所申込に至った経緯など。

※介護者(家族)の状況。協力者の有無(続柄、居住地など)

※今まで利用したサービス、入所施設 など

これら申し込みに至る経緯や現状をご記入ください。

申込書記入上の注意

2ページの本人状況欄

「入居希望時期」

1. 入居を希望する時期について、該当するものにレ印を付けてください。

「現在利用してる居宅介護支援事業所の名称」及び担当ケアマネジャー

1. 居宅介護支援事業者を利用した事のない方は記入の必要はありませんが、過去に利用したことのある方は最新の状況を記入してください。

「医療の状況」

1. 経管栄養や胃ろうなど特別な医療的対応が必要な場合は、該当するものにレ印を付けてください。
2. 現在治療中の病気がある場合は、その主たるものの病名を記入し、かかりつけの医療機関名を記入してください。
3. その他、過去の大きな病気や健康状態、心身の状況等で特に配慮を要することがある場合は、特記事項に記入してください。

「問題行動の状況」

1. 問題行動がある場合は、該当するものにレ印を付け、その頻度について該当する番号に○を付けてください。

- | | |
|-------|---------------------------------------|
| 徘徊 | あてもなく家の中や屋外を歩き回る。 |
| 不潔行為 | ところかまわず放尿や排便をする。便や尿をもてあそんだり撒き散らしたりする。 |
| 不穏行動 | 興奮して騒ぎたてる。 |
| 自傷行為 | 自分の身体を傷つけたり、自殺を図ったりする。 |
| 暴力行為 | 乱暴なふるまいをする。他人に暴力をふるう。 |
| 昼夜逆転 | 昼間寝ていて、夜中に起きて動き出す。 |
| 異食行動 | 食べられないものを口にに入れる。 |
| 火の不始末 | タバコやガスコンロ等の火の不始末等がある。 |
| 被害妄想 | 実際には盗られていないにもかかわらず、盗られたと言う等。 |

2. 該当する問題行動がない場合は、「該当なし」にレ印を付けてください。
3. 問題行動がある場合は、特に問題となっている行動の状況等、特記事項に記入してください。

主たる介護者の状況欄

「家族構成」

1. 同居している家族の該当するもの全てにレ印を付け、合計人数を記入してください。

「主たる介護者の氏名等」

1. 直接介護をされている方について記入してください。

「家族以外の親族・援助者の有無」

1. 同居している家族の親族及び援助者の状況について該当するものにレ印を付けてください。

その他

1. 入居の順位の決定方法及び状況変化の際の届け出等について、事前に説明を受けている場合は、「入居の申込にあたり、その手続きについて説明を受けました。」欄に説明を受けた方の氏名を記入してください。受けていない場合は、記入の必要はありません。
2. 同意欄の内容を理解の上、原則として、本人(入所希望者)が氏名を記入してください。