

ユニット型特別養護老人ホーム・グループホーム グッドライフ熊本駅前 入居共通申込書

平成 年 月 日

(一) 家族等 申込代理人	住所	〒						
	フリガナ				続柄			
	氏名							
	電話番号①				電話番号②			
(二) 本人 入居希望者	フリガナ			介護保険者名	熊本市 ・ その他 ()			
	氏名			被保険者番号				
		要介護度	支2	介1	2	3	4	5
	生年月日	明・大・昭	年	月	日	歳	男	女
	住所	〒						
		電話番号						
入居を希望する理由	<input type="checkbox"/> 介護者がいないため							
	<input type="checkbox"/> 介護者が「高齢」「障がい」「疾病」等により十分な介護が困難なため							
	<input type="checkbox"/> 介護者が就労していることから、十分な介護が困難なため							
	<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"/> 病院・介護老人保健施設に退院・退所を求められているが、受け入れ困難なため							
	<input type="checkbox"/> その他 ()							

* 今後、郵便物などは**申込代理人の方**のご連絡先に送付させていただきます。

入居を希望される施設について、下記に○印をお願い致します。

	ユニット型特別養護老人ホーム グッドライフ熊本駅前
	グループホーム グッドライフ熊本駅前

特列入居を希望する理由(特養のみ)	
(要介護1・2に該当される方は、日常生活を営むことが困難な事由の該当項目に☑をしてください)	
<input type="checkbox"/>	認知症であり、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が頻繁に見られる。
<input type="checkbox"/>	知的障害・精神障害等に伴い、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。
<input type="checkbox"/>	家庭等による深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難である。
<input type="checkbox"/>	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サービスや生活支援の供給が不十分である。
<input type="checkbox"/>	その他()
上記の事由について、具体的な内容を5ページに記入して下さい。	

社会福祉法人青照会 グッドライフ熊本駅前施設長 様

- 1 貴施設への入居を希望するため申込みます。また、貴施設が入居判定に使用する目的で、居宅介護支援事業者から情報提供を受けることに同意します。
- 2 私は、入居申込書提出の際、入居の手続き及び入居の必要性を評価する基準について、施設から説明を受けました。

平成_____年_____月_____日

入居希望者 氏名_____印

申込代理人 氏名_____印

住民税課税の有無	<input type="checkbox"/> 課税世帯 <input type="checkbox"/> 非課税世帯 ←世帯全体としてご記入をお願い致します。		
御本人の年間所得 (年金含む)	<input type="checkbox"/> 生活保護	<input type="checkbox"/> ~80万円	<input type="checkbox"/> 80万~266万円 <input type="checkbox"/> 266万円以上
現在受給している 年金の種類	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 老齢福祉年金 <input type="checkbox"/> 恩給その他 <input type="checkbox"/> 不明 (老齢/障害/遺族)←詳細がわかる場合は○		
認定を受けている方は、介護保険負担限度額認定証(食費・居住費の減免)の内容を御記入ください。 なお、この認定を受けるには市町村への申請が必要となります。	食費		
	ユニット型個室		
	多床室		

【 入居希望者の状況 】 にチェックを(し点)

サービスの利用状況	①~③のいずれかを選択してください。		
	① <input type="checkbox"/> 他の施設・医療機関に入っている。		
	入所・入院 開始時期	平成_____年_____月~	
	施設・医療機関名称		電話番号
	施設・医療機関から退所・退院を求められて		
	<input type="checkbox"/> いない	<input type="checkbox"/> いる→	平成_____年_____月迄
	② <input type="checkbox"/> 在宅で、介護保険サービスを受けている。 *申込み書類に直近3ヶ月分のサービス利用票が必要です。		
居宅介護支援事業所 名称			
介護支援専門員氏名 (ケアマネジャー)		電話番号	
③ <input type="checkbox"/> 介護保険サービスを利用していない			
申込	*当施設以外の特別養護老人ホームに申込みをされている場合は、下記に施設名をご記入ください。		
	施設名		

医療の状況	* 当てはまる項目に、し点でチェックをお願い致します。			
	<input type="checkbox"/> 経管栄養(鼻腔)	<input type="checkbox"/> 経管栄養(胃ろう)	<input type="checkbox"/> インスリン注射	<input type="checkbox"/> 在宅酸素
	<input type="checkbox"/> 人工肛門(ストマ)	<input type="checkbox"/> バルンカテーテル	<input type="checkbox"/> 褥瘡(部位:)	
	<input type="checkbox"/> 人工透析	<input type="checkbox"/> 感染症()肝炎、梅毒、結核など		
	病歴		歳	歳

主治医	現在、かかりつけの医師がいる場合、下記に御記入ください。	
	病院名	医師名
	住所	電話番号 - -

生活動作について	移動	<input type="checkbox"/> 一人できる <input type="checkbox"/> 掴まればできる <input type="checkbox"/> 手伝いがあればできる <input type="checkbox"/> 一人できない				
	移動に必要な物	<input type="checkbox"/> 必要なし <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子(自走・介助)				
	入浴	<input type="checkbox"/> 一人できる <input type="checkbox"/> 手伝えばできる <input type="checkbox"/> 全介助				
	浴槽のタイプ	<input type="checkbox"/> 一般的なお風呂 <input type="checkbox"/> リフトタイプのお風呂 <input type="checkbox"/> 坐ったまま入れるお風呂 <input type="checkbox"/> 寝たまま入れるお風呂				
	排せつ	<input type="checkbox"/> 一人できる <input type="checkbox"/> 手伝えばできる(誘導・着脱) <input type="checkbox"/> 全介助				
	排せつ時の形態	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> 布パンツ <input type="checkbox"/> 紙パンツ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> パット				
	食事	<input type="checkbox"/> 一人できる <input type="checkbox"/> 手伝えばできる <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経管栄養				
	食事形態	<input type="checkbox"/> 普通の食事 <input type="checkbox"/> 細かく刻んだ食事 <input type="checkbox"/> ペースト状の食事				
	義歯	有・無	飲み物にトロミ	必要・不要	補聴器	有・無
	視力	<input type="checkbox"/> 見える <input type="checkbox"/> あまり見えない <input type="checkbox"/> 見えない			眼鏡	有・無
	聴力	<input type="checkbox"/> 聞こえる <input type="checkbox"/> 大声で聞こえる <input type="checkbox"/> あまり聞こえない <input type="checkbox"/> 聞こえない				
言葉	<input type="checkbox"/> 話せる <input type="checkbox"/> 途切れ途切れで話せる <input type="checkbox"/> 単語なら話せる <input type="checkbox"/> 話せない					

精神的な状況	1. 認知症状が ない・ある * 具体的な症状をご記入ください↓	
	【具体的内容】	
	日常生活での下記の項目について、あてはまる□にチェック(し点)をご記入ください。 「時々ある」場合は“ある”を選択	
	1	物を取られた等、被害的になることが <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 以前はあった
	2	作り話をし、周囲に言いふらすことが <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 以前はあった
	3	実際に無い物が見えたり聞こえたりすることが <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 以前はあった
	4	頻繁に泣いたり、感情が不安定なことが <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 以前はあった
	5	夜間不眠、あるいは昼夜逆転が <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 以前はあった
	6	暴言や暴行(暴力)が <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 以前はあった
	7	しつこく同じ話をしたり、不快な音をたてることが <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 以前はあった
	8	大声を出すことが <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 以前はあった
	9	助言や介助に抵抗することが <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 以前はあった
10	目的もなく動き回ることが <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 以前はあった	
11	「家に帰る」と言い、落ち着かなくなるのが <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 以前はあった	

12	外出すると帰宅できなくなることが	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 以前はあった
13	一人で外に出たがり、目が離せない状態が (一人で外出できない場合は“ない”を選択)	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 以前はあった
14	色々な場所から物をもってきてしまうことが	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 以前はあった
15	火の管理ができないことが (自分で管理する必要がない場合は“ない”を選択)	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 以前はあった
16	物を破損させたり、服を破くことが	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 以前はあった
17	不潔な行為を行うことが	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 以前はあった
18	食べれないものを口に入れることが	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 以前はあった
19	ひどい物忘れが	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 以前はあった

【 ご家族の状況 】

申込書記入時の介護する家族や入居手続きができる家族の有無について	*入院・入所中でも、 介護する家族や入居手続きのできる家族がいる場合は「あり」 *単身生活者で身寄りのない場合は「なし」で御記入ください。
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	

介護者(本人の介護をしている方)の状況	1 主介護者 *入居希望の方に対して主に介護をしているご家族の状況を記入ください。			
	フリガナ	年齢	続柄	同居・別居
	氏名	歳		*どちらかに○を 二世帯家族で同敷地内に 居住されている場合は 「同居」になります。
	*主介護者が65歳以上の高齢者のみの世帯で		ある・ない	
	健康状態 <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 不安あり (具体的に)			
	①要介護状態・障がい状態・疾病状態に		<input type="checkbox"/> 全く介護ができない状態 <input type="checkbox"/> 半日程度は介護可能な状態 <input type="checkbox"/> 1日を通してほぼ介護ができる状態	
	<input type="checkbox"/> ある → <input type="checkbox"/> ない			
	②育児をする状況に		<input type="checkbox"/> 1日を通して育児・看病が必要 <input type="checkbox"/> 半日 育児・看病が必要 <input type="checkbox"/> 時々 育児・看病が必要	
	<input type="checkbox"/> ある → <input type="checkbox"/> ない			
	③複数の要介護者の介護や看病を行って		<input type="checkbox"/> 介護困難 <input type="checkbox"/> 多少 介護可能 <input type="checkbox"/> 介護可能	
<input type="checkbox"/> いる → <input type="checkbox"/> いない				
④就労して		<input type="checkbox"/> 8時間以上/日 <input type="checkbox"/> 4時間以上8時間未満/日 <input type="checkbox"/> 1日を通してほぼ介護ができる状態		
<input type="checkbox"/> いない (<input type="checkbox"/> 高齢のため <input type="checkbox"/> その他())				
2 副介護者(同居)		3 副介護者(別居)		
① 介護者以外の同居の方が		① 別居している血縁者(他の兄弟・親戚など)が		

<input type="checkbox"/> いる→	<input type="checkbox"/> 全く介護ができない状態	<input type="checkbox"/> いる→	<input type="checkbox"/> 全く介護ができない状態		
	<input type="checkbox"/> 半日程度は介護可能な状態		<input type="checkbox"/> 半日程度は介護可能な状態		
<input type="checkbox"/> いない	<input type="checkbox"/> 1日を通してほぼ介護できる状態	<input type="checkbox"/> いない	<input type="checkbox"/> 1日を通してほぼ介護できる状態		
フリガナ	年齢	続柄	フリガナ	年齢	続柄
氏名			氏名		
現在の介護の場所 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 老人保健施設・病院 <input type="checkbox"/> その他()					
初めて要介護認定を受けたのはいつですか？ 平成 年 月 介護期間 年 月					

※特例入居を希望する理由を記入して下さい。(日常生活を営むことが困難な事由を記入して下さい)又、介護に関すること、家族状況・経済状況等で困っていることなど、ご意見がございましたら記入をお願い致します。

記入者[職種: _____ 氏名: _____]