

利用申請書

記入例

特別養護老人ホーム せとうち 施設長殿
 小規模多機能ホーム せとうち 施設長殿

申込者 藤花 一郎 印

介護保険法による施設利用 (入居) 短期入所・小規模多機能) を希望しますので申請します。

申込日	平成 22 年 6 月 1 日	本籍地	岡山 都・道・府 (県)		
本人氏名	フリガナ トウカ タロウ 藤花 太郎		性別	(男)・女	
生年月日	明治・(大正)・昭和 11 年 1 月 1 日生 (88 歳)				
現住所	〒701-4244 瀬戸内市邑久町福中 1180 電話番号 (0869) 〇〇 - ××××				
現在の居所	藤田病院入院中				
緊急連絡先	氏名	藤花 花子 続柄(妻)		電話	0869-〇〇-××××
	住所	〒701-4244 瀬戸内市邑久町福中 1180		携帯	なし
	氏名	藤花 一郎 続柄(長男)		電話	086-〇〇〇-××××
	住所	〒704-8112 岡山市東区西大寺上 3-8-63		携帯	090-〇〇〇〇-××××
利用料支払者	1.本人負担 (2)一部縁故者 3.全額縁故者 4.その他 ()				
家族の状況 (近親者)	氏名	年齢	続柄	住所	電話
	藤花 桃子	58	長男の嫁	岡山市□□□	086-〇〇〇-××××
	藤花 次郎	57	次男	瀬戸内市□□□	0869-〇〇-××××
	藤花 三郎	50	三男	岡山市□□□	086-〇〇〇-××××
	せとうち 夢子	54	長女	広島市□□□	082-〇〇〇-××××
保険について お手持ちの手帳類について○をしてください。 (健康保険証) (介護保険証) (老人医療受給者証) 被爆者手帳 身体障害者手帳 心身障害者医療費受給資格証 後期高齢者医療被保険者証 減額認定証					
年金について ご本人様が受給している年金の種類に○をしてください。 (国民年金) 厚生年金 共済年金 遺族年金 恩給 その他					
その他該当するものがありましたら○をしてください。 市町村民税非課税 生活保護					
入居希望理由 介護者である妻は高齢であり、子供夫婦も共働きのため介護が困難である。 自宅から近い貴施設への入居を希望します。					

施設処理欄

受付者	受付年月日	平成 年 月 日	入力の有無
-----	-------	----------	-------

利用申請書

小規模多機能ホーム せとうち 施設長殿

申込者

印

介護保険法による施設利用（入居・短期入所・小規模多機能）を希望しますので申請します。

申 込 日	平成 年 月 日	本 籍 地	都・道・府・県		
本 人 氏 名	フリガナ -----		性 別	男・女	
生 年 月 日	明治・大正・昭和 年 月 日生（ 歳）				
現 住 所	〒 電話番号（ ）				
現在の居所					
緊 急 連 絡 先	氏 名	続柄（ ） 明・大・昭 年 月 日生（ 歳）		電 話	
	住 所	〒		携 帯	
	氏 名	続柄（ ） 明・大・昭 年 月 日生（ 歳）		電 話	
	住 所	〒		携 帯	
利用料支払者	1.本人負担 2.一部縁故者 3.全額縁故者 4.その他（ ）				
家族の状況 (近親者)	氏 名	年 齢	続 柄	住 所	電 話
保険について お手持ちの手帳類について○をしてください。 健康保険証 介護保険証 老人医療受給者証 被爆者手帳 身体障害者手帳 心身障害者医療費受給資格証 後期高齢者医療被保険者証 減額認定証					
年金について ご本人様が受給している年金の種類に○をしてください。 国民年金 厚生年金 共済年金 遺族年金 恩給 その他					
その他該当するものがありましたら○をしてください。 市町村民税非課税 生活保護					
入居希望理由					

施設処理欄

受付者		受付年月日	平成 年 月 日	入力の有無	
-----	--	-------	----------	-------	--

社会福祉法人 藤花会

特別養護老人ホームせとうち 小規模多機能ホームせとうち 訪問調査前アンケート

(※お差し支えない範囲でご記入ください。守秘義務に基づき責任を持って情報を管理させていただきます。但し、緊急的に他機関との情報交換が必要になった時には、事後の連絡になることもあります。ご了承ください。

フリガナ		フリガナ	
ご本人名		記入者名	
			続柄

【入居を希望される理由】

【介護保険証】

介護保険証	有 ・ 無	介護保険証番号	
要介護状態区分等	自立 ・ 要支援 1・ 2 ・ 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5		
認定有効期限	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		

【現在の状況】

在宅サービス

担当ケアマネージャー		事業所名	
------------	--	------	--

サービスの種類	利用事業所名	利用日・利用頻度
通所介護(デイサービス)		
通所リハビリ(デイケア)		
訪問介護(ホームヘルパー)		
訪問看護		
短期入所(ショートステイ)		
小規模多機能型居宅介護		
グループホーム		
その他		

施設サービス

施設の種類の	施設名	入居日
		平成 年 月 日

入院中

病院名	入院日
	平成 年 月 日

【日常行動調査】

入所ご希望の方に現在の状況についてお尋ねします。なるべく詳しくご記入ください。
あてはまる箇所に✓をしてください。

身体状況			
1立ち上がり	<input type="checkbox"/> 自分でできる	<input type="checkbox"/> 一部介助が必要	<input type="checkbox"/> 全部介助が必要
2歩行	<input type="checkbox"/> 自分でできる	<input type="checkbox"/> 一部介助が必要	<input type="checkbox"/> 全部介助が必要
3食事	<input type="checkbox"/> 自分でできる	<input type="checkbox"/> 一部介助が必要	<input type="checkbox"/> 全部介助が必要
	<input type="checkbox"/> 普通食	<input type="checkbox"/> きざみ食	<input type="checkbox"/> ミキサー食
			<input type="checkbox"/> 経管栄養
4排泄	<input type="checkbox"/> 自分でできる	<input type="checkbox"/> 一部介助が必要	<input type="checkbox"/> オシメを使用している
5入浴	<input type="checkbox"/> 自分でできる	<input type="checkbox"/> 一部介助が必要	<input type="checkbox"/> 全部介助が必要
6更衣	<input type="checkbox"/> 自分でできる	<input type="checkbox"/> 一部介助が必要	<input type="checkbox"/> 全部介助が必要
7視力	<input type="checkbox"/> よく見える	<input type="checkbox"/> 少しは見える	<input type="checkbox"/> ほとんど見えない
8聴力	<input type="checkbox"/> よく聞こえる	<input type="checkbox"/> 少しは聞こえる	<input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない
9言葉	<input type="checkbox"/> 自分でできる	<input type="checkbox"/> 少しはできる	<input type="checkbox"/> ほとんどできない
認知症の状況			
10昼夜逆転	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> よくある
11自傷行為	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> よくある
12不潔行為	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> よくある
13常時の徘徊	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> よくある
14暴言・暴行	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> よくある
15放尿・放便	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> よくある
16その他			

【好きなもの・嫌いなもの】

分かる範囲で結構なのでご記入ください。

好きな食べ物		嫌いな食べ物	
食物アレルギー		薬物アレルギー	
お酒	1日()合・ビール()本 その他() 飲まない		
タバコ	1日()本 吸わない		
好きな歌		好きな歌手	
好きなタレント		好きなテレビ	
その他好きなモノ・コト			
喜ぶ話			
趣味・昔得意にしていたこと			
嫌いなモノ・コト			

ご協力ありがとうございました。

入居調査票

氏名

様

介護認定		申請(更新・変更)中・済	被保険者番号	
要介護度		1・2・3・4・5	認定の有効期間	平成 年 月 日～平成 年 月 日
介護者の状況	(□内は該当項目にチェック) 該当する番号1つに○	1. 身寄りがなく、介護する者がいない		
		2. 介護する者がいない (□ 介護者が長期入院・入所 □ 介護者が遠方に在住)		
		3. 介護する者はいるが、十分な介護力がない。 (介護者が □ 要介護状態 □ 病気療養中 □ 障害がある)		
		4. 介護する者はいるが、介護にあたる時間を十分に確保できない。 (介護者が □ 要支援状態・高齢 □ 就労している □ 他にも介護している □ 育児している)		
		5. 介護する者はいるが、上記以外の理由で介護を行うことが困難である。		
		6. 1～5に該当しない(介護に欠ける状態ではない)。 ※ 上記を記入し、現在の家族状況、介護者の状況をご記入ください。		
入所者本人の状況	該(□内は該当項目にチェック) 現在の住居番号及び介護サービスの利用状況	1. 施設 □ 特養(□従来型 □ユニット型) □ 老健 □ 介護療養型 □ 養護 □ ケアハウス □ 認知症高齢者グループホーム □ 有料老人ホーム □ 救護・更生施設(保護施設) □ 障害者入所施設 □ 生活支援ハウス □ その他()		
		2. 病院 (病名: _____ 入院: 平成 年 月から)		
		3. 在宅 □ 訪問介護 (□ 週4回以上 □ 週2～3回 □ 週1回) □ 訪問入浴介護 (□ 週1回以上) □ 訪問看護/訪問リハビリテーション (□ 週2回以上 □ 週1回) □ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 □ 夜間対応型訪問介護 □ 通所介護/通所リハビリテーション (□ 週2回以上 □ 週1回) □ 認知症対応型通所介護 □ 短期入所生活介護/療養介護 (最近3か月の利用日数合計 ____日) □ 小規模多機能型居宅介護 □ 複合型サービス		
その他				