

特別養護老人ホーム塩釜こころの樹翔裕園 入居申込書 兼 状況調査票

社会福祉法人杜の村

特別養護老人ホーム塩釜こころの樹翔裕園 施設長 殿

次のとおり、特別養護老人ホーム塩釜こころの樹翔裕園に入居を申込

令和 年 月 日

写真貼付欄

上半身脱帽
1年以内撮影

※後日貼付可

入居希望者の状況	フリガナ		性別		
	氏名		男・女	保険者 塩竈市	
	生年月日	明治 大正 年 月 日 (歳) 昭和	被保険者番号		
	現住所	〒 - 塩竈市 電話番号 - -	要介護度	1・2・3・4・5	
			要介護認定期間	H・R 年 月 日から H・R 年 月 日まで	
	現況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 家族と同居			
		<input type="checkbox"/> 特養等や病院に入っている ・施設名または病院名： ・所在地 (市町村名のみ) ・入所または入院時期：H・R 年 月から			
	本人の状況	①食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全面介助 <input type="checkbox"/> その他 (
		②排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 誘導 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全面介助		
			オムツ等使用 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 常時・ <input type="checkbox"/> 夜間のみ) <input type="checkbox"/> 無		
③移動		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 車椅子使用 (<input type="checkbox"/> 自走・ <input type="checkbox"/> 介助) <input type="checkbox"/> シブカ-カ-使用			
		<input type="checkbox"/> 日中の大半がベッド			
④入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全面介助				
⑤意思伝達	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや伝えにくい <input type="checkbox"/> かなり伝えにくい				
	<input type="checkbox"/> 全く伝えられない <input type="checkbox"/> 補助具 () を使えば可				
介護者等状況	家族構成・介護者の有無等	<input type="checkbox"/> 単身世帯 <input type="checkbox"/> 介護者がなく一人暮らし <input type="checkbox"/> 一人暮らしだが介護者が通って介護をしている			
		<input type="checkbox"/> 高齢者世帯 (65歳以上) <input type="checkbox"/> 介護者が要支援・要介護状態、心身障害者、認知症等である <input type="checkbox"/> 上記以外の方			
		<input type="checkbox"/> 家族と同居 <input type="checkbox"/> 主たる介護者が複数の介護を行っている。または、要支援・要介護状態、虚弱状態、心身障害者である <input type="checkbox"/> 主たる介護者が、フルタイムで就業している <input type="checkbox"/> 主たる介護者が、パートで就業している <input type="checkbox"/> 上記以外の方			

入居希望者の状況	医療の状況	①現在の状況 □経管（鼻腔）栄養 □胃ろう □在宅酸素 □インシュリン注射 □吸引 □褥瘡 □その他（ ） 現在治療中の病気・特記事項等（ ）
	②現在までの主な病気	□脳梗塞 □高血圧 □糖尿病 □心疾患 □結核 □リウマチ □その他（ ）
	その他	□介護への抵抗 □暴力や暴言 □昼夜逆転や夜間の不眠 □異食 □物を隠したり、置き忘れる □外出し戻れなくなる □不潔行為 □被害妄想 □ひどい物忘れ □その他（ ）
	他施設の申込状況	□当施設のみ申込み □他の施設も申込んでいる（施設名 ） □今後申込み予定（施設名 ）

身元引受人	フリガナ		性別	関係（続柄）	入居希望者と
	氏名		男・女		□同居 □別居
	生年月日	明治 大正 昭和	年 月 日（ 歳）	職業 （勤務先）	
	住所	〒 -		連絡先 （携帯電話等）	

家族状況	氏名	年齢	続柄	同居	仕事の有無	職業
					□有（□フルタイム □パート） □無	
					□有（□フルタイム □パート） □無	
					□有（□フルタイム □パート） □無	

主介護者の状況	フリガナ		年齢	続柄	職業（勤務先）	入居希望者と
	氏名					□同居 □別居
	住所	※別居の方は住所等の連絡先 〒 - 電話番号 - - 携帯電話番号 - -				
	介護するうえで、お困りのことがありましたらお書きください					
障害や病気、要支援・要介護度がありましたらお書きください						

主介護者の状況	身障手帳	□有 級 障害名： □無
	療育手帳	□有（□重度 □中度 □軽度） □無
	その他	□入居希望者以外の介護・育児をしている □していない ・どなたを介護をしていますか：
経済状況		□住民税課税世帯である（世帯の方に住民税が課税されている方がいる） □住民税非課税世帯である（世帯全員が非課税） □生活保護を受給している
その他		申し込みに際し、特に知らせておきたい事項などありましたらお書きください （家族・介護状況、住宅状況、経済状況、問題行動等）
居宅介護支援事業者（在宅の場合）		電話番号： - - 担当ケアマネジャー：

【同意・確認欄】

- ①私は入居申し込みに際し、「特別養護老人ホーム塩釜こころの樹翔裕園 入居指針」に基づく入居順位の決定 方法等について確認しました。
- ②本人の状況をより詳細に把握し適切な施設介護計画書を作成するため、施設が必要な場合は、塩竈市から要介護認定調査票等、情報の提供を受けることに同意します。
- ③市町村又は県の対策の参考とするため、市町村又は県が必要な場合は施設から入居申し込みに係る情報の提供を行うことに同意します。

令和 年 月 日

（施設記入欄）

入居希望者氏名	印
代筆者氏名	印
入居希望者との続柄	

施設受付印
受付者：