

- 特別養護老人ホーム はなみずき
- 特別養護老人ホーム はなみずき サテライト

## 入所申込書

令和      年      月      日

(フリガナ) 御本人氏名				保険者	つくば市		
					その他 (                      )		
生年月日	明・大・昭	年	月	日	(                      歳)	性別	男・女
住所	〒                      電話番号						

※申請者と身元保証人が同じ場合は記入してください

(フリガナ) 申請者 身元保証人				住所	〒                      -		
ご本人との関係		年齢		職業			
連絡先	①第一連絡先			②第二連絡先			

※申請者と身元保証人が別な場合は記入してください

(フリガナ) 身元保証人				住所	〒                      -		
ご本人との関係		年齢		職業			
連絡先	①第一連絡先			②第二連絡先			

### 御本人の状況

要介護度	介護度3 ・ 介護度4 ・ 介護度5 ( 認定有効期間      年      月      日      ~      年      月      日 )						
現在のお住まい	<input type="checkbox"/> 在宅 ・ 家族と同居している <input type="checkbox"/> 独居			<input type="checkbox"/> 老人保健施設 施設名： <input type="checkbox"/> 病院 病院名： <input type="checkbox"/> その他 (                      )			
入所を希望する理由 ※該当項目を全て選んで下さい	<input type="checkbox"/> 身寄りがなく介護者がいないため <input type="checkbox"/> 定期的な介護可能者が希望者の居住地と同一市町村及び隣接市町村外に住んでいる <input type="checkbox"/> 定期的な介護可能者が希望者の居住地と同一市町村及び隣接市町村内に住んでいる <input type="checkbox"/> 主介護者が病院等に長期入院中等の状況により、事実上介護が不可能である <input type="checkbox"/> 主介護者が、要介護状態、病気療養中、障害を有するなどの状況にあり、十分な介護が困難である <input type="checkbox"/> 主介護者が、複数の介護や育児、または就業しているために十分な介護が困難である <input type="checkbox"/> 介護者の身体・精神的負担が大きい <input type="checkbox"/> 病院や他施設等から退院・退所を求められているが、在宅での介護が困難である <input type="checkbox"/> その他 (                      )						

認知症の症状がある場合 ※該当項目を全て選んで下さい	<input type="checkbox"/> 意志疎通が困難である	<input type="checkbox"/> 自分に傷をつけるような行動がある
	<input type="checkbox"/> 意味不明な言動がある	<input type="checkbox"/> 夜間眠らない
	<input type="checkbox"/> 奇声をあげる	<input type="checkbox"/> 食べ物以外を食べる
	<input type="checkbox"/> 暴言・暴力・介護の抵抗がある	<input type="checkbox"/> 脱衣更衣がある
	<input type="checkbox"/> 物を無くしたり、物とられ妄想がある	<input type="checkbox"/> 排泄物をいじる
	<input type="checkbox"/> 自分の部屋やトイレの場所が分からない	<input type="checkbox"/> 金銭の管理が出来ない
	<input type="checkbox"/> 意味もなく歩きまわる	
身体状況	移動方法	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器等 <input type="checkbox"/> 車椅子
	歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 何とか一人で <input type="checkbox"/> 一部できる <input type="checkbox"/> 出来ない
	食事摂取	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 何とか一人で <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	意思表示	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや困難 <input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/>
医療状況	<input type="checkbox"/> (胃瘻・鼻腔)	<input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル
	<input type="checkbox"/> 在宅酸素	<input type="checkbox"/> 床ずれ <input type="checkbox"/> ペースメーカー
	<input type="checkbox"/> その他 ( )	
年金	国民 ・ 厚生 ・ 共済 ・ その他 ( )    円 / 月	
その他収入	収入内容 ( )    円 / 月	
※収入内容は強制ではありません。		

担当ケア マネージャー	氏名		連絡先	
	事業所名			

※この申込書及び申込時にお伺いした個人情報を基に入所審査を行います。申込内容に変更が生じたり他施設への入所が決定した場合には必ずご連絡をお願い致します。

説明確認欄	私は、入所申込みに際し、入所順位の決定方法について施設から説明を受けました。		
	令和    年    月    日	氏名	

※介護保険被保険者証(写し)及び直近三ヶ月分の介護保険サービス利用票及び別表(写し)を添付してください。