

社会福祉法人刈谷田福祉会 特別養護老人ホームいずみ苑
特別養護老人ホームみやざわ苑・認知症グループホームみやざわ苑 共通入所申込書

申込日	年	月	日
受付日	年	月	日

利用希望サービス（事業所）	所在地	電話番号	担当	備考
<input type="checkbox"/> 特養いずみ苑	長岡市栢尾泉419番地2	0258-53-2211	生活相談員・介護支援専門員	
<input type="checkbox"/> 特養みやざわ苑	長岡市栢尾宮沢1778番地	0258-52-2500	生活相談員・介護支援専門員	長岡市民に限る
<input type="checkbox"/> グループホームみやざわ苑	長岡市栢尾宮沢1778番地	0258-52-0051	生活相談員・介護支援専門員	長岡市民に限る

利用希望者	ふりがな	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 生
	住所 〒 -	電話番号	
申込者 (代理人)	ふりがな	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	氏名	続柄	
	住所 〒 -	自宅電話番号	
		携帯電話番号	
		勤務先	

要介護1～2該当入所要件 認知症 知的障害 精神障害 家族の虐待 単身 同居家族が高齢・病弱等
 申込理由（、要介護1～2のかたは特別養護老人ホーム以外での生活が著しく困難な理由）

緊急時 連絡先	第1 連絡	氏名		続柄	
		住所 〒 -	自宅電話番号		携帯電話番号
	第2 連絡	氏名		続柄	
		住所 〒 -	自宅電話番号		携帯電話番号

同居者	氏名	年齢	続柄	職業（勤務先・電話番号）

住居	種別	<input type="checkbox"/> 戸建（ <input type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> 高床） <input type="checkbox"/> マンション <input type="checkbox"/> アパート <input type="checkbox"/> 公営住宅		
	居室	<input type="checkbox"/> 1階 <input type="checkbox"/> 2階 <input type="checkbox"/> その他（ 階）		

介護保険	被保険者番号	！！！！！！！！！！	保険者	<input type="checkbox"/> 長岡 <input type="checkbox"/> 見附 <input type="checkbox"/> 三条		認定日	H 年 月 日	
	要介護度	要支援（ <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2）		要介護（ <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5）				
	認定有効期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで						
	負担限度額認定証	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（一日の食費		円）		負担段階		
	ケアマネジャー	氏名	事業所		電話番号			
	利用中のサービス	事業所名	回/週	利用中のサービス	事業所名	回/週		
	<input type="checkbox"/> 通所（デイ）			<input type="checkbox"/> 訪問介護				
	<input type="checkbox"/> 通所リハビリ			<input type="checkbox"/> 訪問看護				
<input type="checkbox"/> 短期入所			<input type="checkbox"/> その他（ ）					

短期入所

その他

健康保険	<input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> その他 ()			番号	
	医療限度額適用・標準負担額減額認定証			<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (区分 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II)	
医療費助成	<input type="checkbox"/> 県障 (重度心身障害者) <input type="checkbox"/> 特定疾患医療				
身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (種 級、障害名)				
精神障害者手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B)		療育手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級)	
年金	<input type="checkbox"/> 老齢 (<input type="checkbox"/> 国民 <input type="checkbox"/> 厚生 <input type="checkbox"/> 共済) ・ <input type="checkbox"/> 障害 (<input type="checkbox"/> 国民 <input type="checkbox"/> 厚生 <input type="checkbox"/> 共済)			金額	
	<input type="checkbox"/> 遺族 (<input type="checkbox"/> 国民 <input type="checkbox"/> 厚生 <input type="checkbox"/> 共済) ・ <input type="checkbox"/> その他 ()			円	
現在の居所	<input type="checkbox"/> 自宅 (<input type="checkbox"/> 単身 <input type="checkbox"/> 同居) ・ <input type="checkbox"/> 施設 (病院名 [] 年 月から入所 (院) 中				
かかりつけ医	医師名		医療機関		電話番号
特別な医療等	()				
病 歴	病名	入院・通院医療機関	治療中・終了	時期・経過	
			<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 終了		
			<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 終了		
			<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 終了		
			<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 終了		
			<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 終了		
認知症	認知症の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	認知症の診断名		
	受診状況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	医 (病) 院名		主治医
	経過				
	症状等	<input type="checkbox"/> 被害的になる <input type="checkbox"/> 話しを作る <input type="checkbox"/> 感情が不安定 <input type="checkbox"/> 昼と夜が反対 <input type="checkbox"/> 同じ話しを繰り返す <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 介護に抵抗 <input type="checkbox"/> 落ち着きなし <input type="checkbox"/> 一人で出たがる <input type="checkbox"/> 物を集める <input type="checkbox"/> 物や服を壊す <input type="checkbox"/> ひどい物忘れ <input type="checkbox"/> 独り言 <input type="checkbox"/> 自分勝手に行動 <input type="checkbox"/> 話しがまとまらない			
日常生活動作	寝返り	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 (内容)		入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 (内容)
	移動	<input type="checkbox"/> 歩行可 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 手引き		排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 (内容)
		<input type="checkbox"/> 車イス (<input type="checkbox"/> 自操 <input type="checkbox"/> 介助)		着替え	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 (内容)
				言語	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> よく話せない <input type="checkbox"/> ほぼ話せない
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 (内容)		会話	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> どうか可 <input type="checkbox"/> 不可
		<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> ソフト食 <input type="checkbox"/> ミキサー むせ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 見えにくい <input type="checkbox"/> ほぼ見えない
			聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聞こえにくい <input type="checkbox"/> ほぼ聞こえない	
性格・対人関係	<input type="checkbox"/> 社交的 <input type="checkbox"/> 内向的 <input type="checkbox"/> 明るい <input type="checkbox"/> おとなしい <input type="checkbox"/> 頑固 <input type="checkbox"/> やさしい <input type="checkbox"/> 気難しい <input type="checkbox"/> まじめ <input type="checkbox"/> おおらか <input type="checkbox"/> 細かいことを気にする <input type="checkbox"/> 話し好き <input type="checkbox"/> 一人が好き <input type="checkbox"/> 人の輪にいるのが好き				
入所時期の希望	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 年 月頃に入所したい <input type="checkbox"/> 急いでいない (将来必要時)				
【希望する援助や生活やケアについての意向・要望等 (何でもお書きください) 】					

【説明確認及び情報収集に係る同意】

私は、貴事業所のサービス利用申込に際し、下記の説明を受けました。

- 利用申込から利用契約までの手続き
- 入所順位の決定のしかた (特養のみ)

私 (利用希望者本人及びその家族等) に関する情報を市町村、担当居宅介護支援事業所 他の介護施設及び医療機関から収集し、さらに関係機関に対し提供することに同意します。

平成 年 月 日

利用者氏名

印

申請者 (代理人) 氏名

印