

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 共通入居申込書

|     |                 |
|-----|-----------------|
| 申込日 | 平成 30 年 7 月 1 日 |
| 受付日 | 年 月 日           |

| 入居希望施設                           | 所在地           | 電話番号         | 担当            | 備考      |
|----------------------------------|---------------|--------------|---------------|---------|
| <input type="checkbox"/> 特養いずみ苑  | 長岡市栃尾泉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 | 長岡市栃尾宮沢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 |

|              |                      |              |         |   |
|--------------|----------------------|--------------|---------|---|
| 入居希望者        | ふりがな                 | イズミ エンイチ     | 性別      | <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女  |
|              | 氏名                   | <b>泉 苑一</b>  | 生年月日    | <input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和<br>10 年 10 月 1 日 生 |
|              | 住所 〒 9 4 0 - 0 2 3 3 | 長岡市栃尾宮沢1778  | 電話番号    | 0258-53-0000  |
| 申込者<br>(代理人) | ふりがな                 | ミヤザワ ソノコ     | 性別      | <input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女  |
|              | 氏名                   | <b>宮沢 苑子</b> | 続柄      | 子   |
|              | 住所 〒 -               | 同上           | 自宅電話番号  | 0258-53-0000  |
|              |                      |              | 携帯電話番号  | 090-0000-0000   |
|              |                      | 勤務先          | (株)0000 |   |

要介護1~2該当入居要件  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)

日中は家族が不在。昼夜問わず徘徊しケガが絶えないこと、家族の介護疲れが著しいため。

|        |      |                      |            |        |               |
|--------|------|----------------------|------------|--------|---------------|
| 緊急時連絡先 | 第1連絡 | 氏名                   | 宮沢 苑子      | 続柄     | 同上            |
|        |      | 住所 〒 -               | 同上         | 自宅電話番号 | 同上            |
|        |      |                      |            | 携帯電話番号 | 同上            |
|        | 第2連絡 | 氏名                   | 栃尾 二郎      | 続柄     | 弟             |
|        |      | 住所 〒 9 4 0 - 0 2 3 4 | 長岡市栃尾泉0000 | 自宅電話番号 | 0258-53-0000  |
|        |      |                      |            | 携帯電話番号 | 090-0000-0000 |

|     |    |       |    |     |         |   |              |           |
|-----|----|-------|----|-----|---------|---|--------------|-----------|
| 同居者 | 氏名 | 宮沢 苑子 | 年齢 | 48  | 続柄      | 子 | 職業(勤務先・電話番号) | (株)0000商事 |
|     | "  | 〇〇    | 47 | 子の夫 | (有)0000 |   |              |           |
|     | "  | 〇〇    | 17 | 孫   | 〇〇〇高校2年 |   |              |           |
|     |    |       |    |     |         |   |              |           |

|    |    |  |
|----|----|--|
| 住居 | 種別 | <input checked="" type="checkbox"/> 戸建 ( <input type="checkbox"/> 通常 <input checked="" 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 checked="" 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                                     | 8,6,0,0,0,0,0,0,0,0  | 保険者   | <input type="checkbox"/> 長岡 <input type="checkbox"/> 見附 <input type="checkbox"/> 三条 | 認定日   | H30 年 1 月 1 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 checked="" type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 ) |   |       |               |
|                               | 認定有効期間                                     | 平成 30 年 2 月 1 日 から平成 32 年 1 月 31 日まで   |   |   |       |               |
|                               | 負担限度額認定証                                   | <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (一日の食費 円)   | 負担段階  | 4   |       |               |
|                               | 障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)                       | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input checked="" type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 |   |   |       |               |
|                               | 認知症高齢者の日常生活自立度                             | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input checked="" type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M                         |   |   |       |               |
|                               | ケアマネジャー                                    | 氏名 〇〇 〇〇   | 事業所   | 〇〇〇〇〇〇  | 電話番号  | 53-0000       |
|                               | 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 checked="" type="checkbox"/> 通所(デイ) | 〇〇デイサービスセンター   | 3   | <input checked="" type="checkbox"/> 訪問介護  | 〇〇〇〇〇 | 2             |
|                               | <input type="checkbox"/> 通所リハビリ            |  |   | <input checked="" type="checkbox"/> 訪問看護  | △△△△  | 1             |
| <input type="checkbox"/> 短期入所 |  |  | <input type="checkbox"/> その他( )   |   |       |               |

# 記入例

 短期入所

 その他

|  |  |   |  |  |
|--|--|---|--|--|
| 健康保険   | <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 有 ( 1 種 1 級、障害名 <b>上下肢不自由</b> )   |   |  |  |
| 精神障害者手帳  | <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B )   |   | 療育手帳   | <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 老齢 ( <input type="checkbox"/> 国民 <input checked="" 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   | 1,150,000円   |
|  | <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 ( )   |   |  |  |
| 現在の居所  | <input checked="" type="checkbox"/> 自宅 ( <input type="checkbox"/> 単身 <input checked="" 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  | 〇〇 〇〇   | 医療機関   | 〇〇医院 電話番号 53-〇〇〇〇  |
| 特別な医療等   | なし ( )   |   |  |  |
| 病歴   | 病名   | 入院・通院医療機関   | 治療中・終了   | 時期・経過  |
|  | 高血圧症   | 〇〇医院  | <input checked="" type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 終了  | 平成18年4月～   |
|  | 脳梗塞  | 〇〇病院  | <input checked="" type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 終了  | 平成25年5月5日  |
|  | アルツハイマー型認知症  | △病院   | <input checked="" type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 終了  | 平成26年10月5日   |
|  | 右大腿骨頸部骨折   | □□□病院   | <input type="checkbox"/> 治療中 <input checked="" type="checkbox"/> 終了  | 平成24年12月   |
| 認知症  | 認知症の有無   | <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有  | 認知症の診断名  | アルツハイマー型認知症  |
|  | 受診状況   | <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有  | 医 (病) 院名   | △病院 主治医 △△ △△  |
|  | 経過   | 平成26年6月頃から物忘れが目立つようになり、同年9月頃から屋外の徘徊が始まった。同年10月5日に△病院を受診し、アルツハイマー型認知症と診断され、以来薬を飲んでいる。  |  |  |
|  | 症状等  | <input checked="" type="checkbox"/> 被害的になる <input type="checkbox"/> 話しを作る <input checked="" type="checkbox"/> 感情が不安定 <input checked="" type="checkbox"/> 昼と夜が反対 <input checked="" type="checkbox"/> 同じ話しを繰り返す<br><input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 介護に抵抗 <input checked="" type="checkbox"/> 落ち着きなし <input checked="" 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<br><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 checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 (内容 )  | 入浴   | <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 介助 (内容 出入り )   |
|  | 移動   | <input type="checkbox"/> 歩行可 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input checked="" type="checkbox"/> 手引き  | 排泄   | <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 介助 (内容 全て )  |
|  |  | <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 checked="" type="checkbox"/> 介助 (内容 全て )  |
|  | 食事   | <input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 (内容 )  | 言語   | <input type="checkbox"/> 普通 <input checked="" type="checkbox"/> よく話せない <input type="checkbox"/> ほぼ話せない   |
|  |  | <input type="checkbox"/> 普通 <input checked="" type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> ソフト食 <input type="checkbox"/> ミキサー   | 会話   | <input type="checkbox"/> 普通 <input checked="" type="checkbox"/> どうか可 <input type="checkbox"/> 不可   |
| <input type="checkbox"/> むせ <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 |  | 視力  | <input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 見えにくい <input type="checkbox"/> ほぼ見えない                          |  |
| 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> まじめ<br><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 checked="" type="checkbox"/> 今すぐ入居したい <input type="checkbox"/> 年 月頃に入居したい <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)】

**自分でできることはなるべく自分でできるように支援してほしい。交流の機会を多くしてほしい。**

### 【説明確認及び情報収集に係る同意】

私は、入居申込に際し、下記の説明を受けました。

- 入居申込から入居契約までの手続き
- 入居順位の決定のしかた

私 (入居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 30 年 7 月 1 日

利用者氏名

**泉 苑一**

申請者 (代理人) 氏名

**宮沢 苑子**

