

介護老人福祉施設 十符・風の音 入居申込書 兼 状況調査票

令和 年 月 日

介護老人福祉施設 十符・風の音 施設長 殿

次のとおり、十符・風の音 に入居を申し込みます。

|   |  |  |                |   |   |  |
|---|--|--|----------------|---|---|--|
| 申請者   | 氏名   | ふりがな   | 関係(続柄)         | 性別  | 入居希望者と  |  |
|   |  |  |                | 男・女   | <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 |  |
|   |  | 生年月日   | 大正・昭和・平成       |   | 年<br>月 日  |  |
|   | 住所   | 〒  |                |   |   |  |
| 連絡先<br>(携帯電話等)  | *連絡が付きやすい番号からお書きください<br>① ②  |  |                |   |   |  |
| 職業<br>(勤務先)   |  |  |                |   |   |  |
| 入居希望者の状況  | 氏名   | ふりがな   | 介護保険<br>被保険者番号 |   |   |  |
|   |  |  | 要介護度           | 3・4・5 (特例 1・2)  |   |  |
|   | 生年月日   | 大正・昭和・平成 年 月 日   | 要介護<br>認定期間    | 令和 年 月 日から  | 令和 年 月 日まで  |  |
|   | 現住所  | 〒  | 障害者<br>手帳      | 種 級   |   |  |
|   |  |  | 負担限度額認<br>定証   | <input type="checkbox"/> 有(第 段階) <input type="checkbox"/> 無 |   |  |
|   | 現況   | <input type="checkbox"/> 在宅 → <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 夫婦二人 <input type="checkbox"/> 子供と同居 <input type="checkbox"/> その他( )   |                |   |   |  |
|   |  | <input type="checkbox"/> 入院中 → 病院名: / 年 月から  |                |   |   |  |
|   |  | <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設等に入所中 → 施設名: / 年 月から  |                |   |   |  |
|   |  | <input type="checkbox"/> その他 → 具体的に( )   |                |   |   |  |
|   | 医療の状況  | <input type="checkbox"/> 経管栄養(胃ろう・鼻腔) <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 吸引(1日 回)  |                |   |   |  |
| <input type="checkbox"/> フォーレ挿入 <input type="checkbox"/> 褥瘡(箇所: )     |  |  |                |   |   |  |
| <input type="checkbox"/> インスリン(朝 昼 夕) <input type="checkbox"/> その他( ) |  |  |                |   |   |  |
| 現在治療中の病気・特記事項等:   |  |  |                |   |   |  |
| 現在までの主な病気:  |  |  |                |   |   |  |
| その他   | ① 食事   | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助<br>食形態: <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 軟食 <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> ゼリー食 <input type="checkbox"/> その他 |                |   |   |  |
|   | ② 排泄   | <input type="checkbox"/> トイレ使用( <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助)<br><input type="checkbox"/> おむつ交換  |                |   |   |  |
|   | ③ 移動   | <input type="checkbox"/> 歩行( <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 歩行器使用)<br><input type="checkbox"/> 車いす使用( <input type="checkbox"/> 自操 <input type="checkbox"/> 介助) <input type="checkbox"/> 大半がベッド上                           |                |   |   |  |
|   | ④ 入浴   | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助   |                |   |   |  |
|   | ⑤ 聴力   | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 耳元 <input type="checkbox"/> 失調 <input type="checkbox"/> その他( )  |                |   |   |  |
|   | ⑥ 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<br><input type="checkbox"/> まったく伝えられない  |                |   |   |  |
| 認知症状  | <input type="checkbox"/> 記憶力の低下(寸前の記憶がなく、同じ話を繰り返したり、何度も同じ話を聞く)<br><input type="checkbox"/> 理解・判断力の低下(言葉の理解が困難 簡単な質問にも答えられない)<br><input type="checkbox"/> 見当意識の障害(時間や今いる場所、一緒にいる人までもわからないことあり)<br><input type="checkbox"/> 昼夜逆転(昼間に寝て夜起きる。また不安になり、真夜中に奇声を発したり、<br>ごそごと動き回ったりする)<br><input type="checkbox"/> 徘徊 目的なく歩き続けることがある<br><input type="checkbox"/> 幻覚・妄想(「お金を取られた」「食事を与えられない」など、実際にはないことを訴える妄想<br>があったり、見えないものが見えたり、誰もいないのに会話をする)<br><input type="checkbox"/> 収集癖(自分の物ではない物や、必要でない物を持ち帰る行動がある)<br><input type="checkbox"/> その他 |  |                |   |   |  |
| 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 type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V              |                |   |   |  |

※同居別居に関わらず、入居希望者の介護をしている方についてお書きください。

|                      |                           |      |    |    |   |    |
|----------------------|---------------------------|------|----|----|---|----|
| 介護している方について          | 家族状況<br>(主介護者に◎をつけてください)  | 氏名   | 年齢 | 続柄 | 仕事の有無   | 職業 |
|                      |                           |      |    |    | <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> フルタイム <input type="checkbox"/> パート ) <input type="checkbox"/> 無 |    |
|                      |                           |      |    |    | <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> フルタイム <input type="checkbox"/> パート ) <input type="checkbox"/> 無 |    |
|                      |                           |      |    |    | <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> フルタイム <input type="checkbox"/> パート ) <input type="checkbox"/> 無 |    |
|                      | 介護するうえで困りごとがありましたらお書きください |      |    |    |   |    |
| 居宅介護支援事業者<br>(在宅の場合) | 事業所名                      | 電話番号 |    |    | 担当ケアマネジャー   |    |

※ 現在の状態になるまでの経緯をご記入ください。  
(病気の発症・介護申請を受けた・入院・退院・転院・老健への入居など)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

※要介護1または2の方は以下の特列入居の該当要件にチェックの上、理由も記入してください。

|           |   |
|-----------|---|
| 特列入居の該当要件 | <input type="checkbox"/> 認知症であることにより、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられ、在宅生活が困難な状態のため                                   |
|           | <input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害等を患い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられ、在宅生活が困難な状態のため                                 |
|           | <input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待が疑われる等により、心身の安全・安心の確保が困難な状態のため  |
|           | <input type="checkbox"/> 単身世帯である、同居家族が高齢または病弱等でである等により家族等による支援が期待できず、かつ、地域での介護サービスや生活支援の供給が十分に認められないことにより、在宅生活が困難な状態のため |
|           | (指定介護老人福祉施設以外での生活が著しく困難な理由)   |

※当法人では宮城野区田子と、多賀城にも特養があります。申し込みを希望される方は下記にチェックをお願いします。

- 介護老人福祉施設 田子のまち (宮城野区田子)
- 地域密着型特別養護老人ホーム 風の音サテライト史 (多賀城市伝上山) \*多賀城市に住民票がある方のみ対象

【同意・確認欄】

- ①私は入居申込に際し、「介護老人福祉施設 十符・風の音 入居規定」を確認しました。
- ②入居希望者の状況をより詳細に把握するなど、施設が必要とする場合に、市町村から要介護認定調査票等、情報の提供を受けることを同意します。
- ③市町村または県が必要な場合には施設から入居申込に係る情報の提供を行うことに同意します。

|         |   |
|---------|---|
| 入居希望者氏名 | 印 |
| 代筆者氏名   | 印 |