

入居申込書兼状況調査票

施設名 田子のまち

次の通り入居を申し込みます。

令和 年 月 日

申請者	(ふりがな) 氏名	()	続柄 ()
	住所	〒	
	電話	(日中連絡可能な番号をお書きください。)	T S H 年 月 日 (歳)
本人の状況	(ふりがな) 氏名	()	要介護度 3・4・5 (特列入居1・2) 被保険者番号 () 男・女
	住所	〒	
	電話		M T S 年 月 日 (歳)
	年金種別	(国民年金 厚生年金 共済年金 : 遺族年金 障害年金)	
	障害者手帳	(種 級・障害名)	
	現在の状況	在宅 ・ 入院中 ・ 老人保健施設入所中 ・ その他 () 病院・施設名 () 病名 ()	
	医療処置	経管(鼻腔栄養) ・ 胃ろう ・ 在宅酸素 ・ インスリン ・ 痰吸引 その他 ()	
	認知症状	ある ・ なし 「ある」方は下記の事項のあてはまるものに○をつけて下さい。 1. 記憶力の低下 (寸前の記憶がなく、同じことを繰り返したり、何度も同じことを聞いた りする。) 2. 理解・判断力の低下 (言葉や単語の意味を理解することが困難になり、簡単な質問にも 答えられないことがある。) 3. 見当意識の障害 (今の時間や今いる場所、今一緒にいる人までも分からないことがある。) 4. 昼夜逆転 (昼間に寝て、夜中になると起きてくることもある。また、不安になり、真夜 中に奇声を発したり、ごそごそと動き回ったりする。) 5. 徘徊 (目的なく歩き続けることがある。) 6. 幻覚・妄想 (「お金を盗られた」「食事を与えてくれない」など実際にはないことを訴える 妄想が起こったり、また、見えないものが見えたり、誰もいないのに会話をしたりする。) 7. 収集癖 (自分の物でない物や、必要でない物などを持ち帰る行動がみられる。) 8. 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"/> M
	家族構成	一人暮らし ・ 夫婦二人 ・ 家族と同居 ・ その他 ()	
入居はいつ頃とお考えですか? 今すぐに ・ 数ヵ月後 ・ 数年後			
他の施設に申し込んで いる ・ いない (件) 待機期間 (年 ヶ月)			

※現在のご本人の状況で当てはまる部分にチェックをお願い致します

① 食事 自立 一部介助 全介助

食形態 常食 軟食 ミキサー食 ゼリー食 その他()

② 排泄 トイレ (自立 一部介助 全介助) オムツ交換

使用しているもの オムツ (常時 夜間のみ) リハビリパンツ

③ 移動 自立 一部介助 全介助

使用しているもの 杖 歩行器 車いす リクライニング

④ 入浴 自立 一部介助 全介助

※お申込み理由に追記がありましたらこちらにご記入ください

※当法人では、利府町と多賀城にも特養があります。

そちらの特養も同時に申し込みされる方はチェックをお願い致します。

介護老人福祉施設 十符・風の音 (利府町)

地域密着型特別養護老人ホーム サテライト史 (多賀城)

※※サテライト史につきましては、多賀城市に住民票のある方が対象となります。