介護老人福祉施設（特別養護老人ﾎｰﾑ）いこいの森西原　入居申込書

入居希望者氏名　　申込日：平成　　年　　月　　日

ﾌﾘｶﾞﾅ		性　別	生年月日	明治・大正・昭和 年　月　日（年齢　歳）
氏　名		男・女		
本籍地	現住所と異なる場合のみご記入下さい	（都・道・府・県）		（市・町・村・群）
現住所	〒 電話番号(　　)			

介護保険	保険者	□宇都宮市　□宇都宮市以外（　　）		
	被保険者番号		生活保護受給	□有　□無
	要介護度 ※直近の認定結果	□自立　□要支援１・２　□介護度１　□介護度２　□介護度３ □介護度４　□介護度５　□申請中（□新規　□更新）		
	認定の有効期間	平成　年　月　日 ～ 平成　年　月　日		

入居希望者の状況

※当てはまる項目すべての□にチェック又は記入をして下さい。

申込者の現況

□自宅で一人で暮らしている　□自宅で家族と暮らしている
□老人保健施設などの施設や病院に入所・入院している
「施設や病院等に入所・入院している方」は記入して下さい。
◇施設名又は病院名　　◇所在地（市町村名のみ）
◇入所又は入院時期：平成　年　月から□入所・□入院している

介護者等の状況

家族構成	□独居　□高齢者夫婦世帯 □二世帯以上で同居　□その他の状況で申込者と同居				
介護者の有無	□主たる介護者以外に必要時に協力有り　□介護者は１人のみ　□介護者はいない				
主たる介護者	氏名		続柄	生年月日	年　月　日(　歳)
介護者の健康	□健康である　□健康に不安を抱えてる □介護者自身が要介護者である（介護者はいない）				
介護可能時間	□十分に時間有　□一部不在になる時間有 □ほとんど時間が取れない（介護者はいない）				
要介護者との関係	□良好　□介護は行っているが疲労感が強い □十分な介護が出来ず最低限の関わりのみ（介護者はいない）				

入居希望理由

□本人が独り暮らしで日常生活に支障が生じている
□他にも介護をしなければならない家族がいる　□介護者(家族等)が、高齢・病弱の為介護が難しい
□就労・育児等の為介護が難しい　□居住環境の事情により、在宅での介護が困難である
□病院や他の施設から退所を求められている
□介護保険の在宅サービス利用限度を超える等、費用負担が困難である
□その他(介護で困っていることがありましたら、お書き下さい)

認知の状況

□問題なし
□認知症あり⇒以下のうち、特に当てはまる項目にチェックをして下さい
□自分で物をしまい無くしたり、誰かに物を盗られたと被害的になる　□夜間眠らない
□自分の部屋や便所が判らないなど、家の中で迷う　□意思の疎通が困難
□電話や留守番での受け答えが出来なくなった　□物や衣類を壊したり、破いたりする
□金銭の勘定が出来なくなった　□同じ事を何度も言う　□食べ物以外を口に入れる
□火の始末や火元の管理ができない　□意味不明の言動がある　□不潔な行為を行う
□大声をあげる　□便所以外の場所で排泄する　□介護者(家族等)への暴言や抵抗がある
□その他の症状

身体の状況	＜日常生活＞　＊次のア～オのうちほぼ当てはまるものに、１つチェックをして下さい □ア 身の回りのことは大体自分で出来て、１人で近隣所へ外出できる □イ 家の中では寝たり起きたり自力で過ごせるが、外出時には介助が必要 □ウ ベッド上で過ごすことが多いが、介助を受けて車椅子やトイレはほぼ自立 □エ ベッド上で過ごすことが多いが、介助を受けて車椅子やトイレを使用 □オ １日中ベッド上で過ごし自分では身動き出来ず、全てに介助が必要
	＜生活の様子＞ ＊当てはまるものにチェックして下さい １ 視　力 □普通 □やや悪い □悪い □見えない ２ 聴　力 □普通 □やや悪い □悪い □聞こえない ３ 言　語 □普通 □聞取り難い □聞取れない □全く発する事ができない ４ 食　事 □自立 □一部介助 □全介助 ５ 排　泄 □自立 □ﾎﾟｰﾀﾌﾞﾙ等 □常時ｵﾑﾂ ６ 入　浴 □自立 □一部介助 □全介助 ７ 座　位 □可 □不可 ８ 着脱衣 □自立 □一部介助 □全介助 ９ 移　動 □自立 □杖や歩行器 □車椅子（□自走・□介助） □その他の特記事項　※面談職員特記も可
	＜医療の対応＞＊当てはまるものにチェックして下さい □経管栄養 □人工肛門 □胃ろう □ｲﾝｼｭﾘﾝ注射 □在宅酸素 □尿管ｶﾃｰﾃﾙ □その他の特記事項　※面談職員特記も可 □既往歴や現在治療中の病気、医療面で特に注意することについて、具体的にお書き下さい ＜感染症の有無＞　□あり（　　）□なし ＜褥瘡・皮膚処置有無＞　□あり（　　）□なし ＜かかりつけ医(主治医)＞ 医療機関名（　　）　所在地（　　）

入居希望時期	□すぐに入居したい　□ 平成　年　月　日頃までに入居したい □特に希望はない（介護の必要性が高まった時に入居したい等）		
参考項目	他施設申込	□申込なし　□申込（予定）あり 既に申込済み施設名（　　）申込予定施設名（　　）	
	居宅介護支援事業所	＜利用している事業所名＞	＜担当ケアマネージャー(ﾌﾘｶﾞﾅ)＞

申込記入者欄			
同意書	１．入居申込者及び家族の状況把握を行うため、個人情報の取扱いについて市町村、担当ｹｱﾏﾈｰｼﾞｬｰ、他の介護保険施設等からの情報収集を施設が行うことに同意します。 ２．入居申込に係る説明事項について説明を受けました。 ３．入居待機順位は、施設入所基準により、随時評価され、状況に応じて変動するものである事を了承致します。 平成　年　月　日　　著名　　㊞		
氏名(ﾌﾘｶﾞﾅ)		本人との続柄	
住所（郵便物の送付や施設からの連絡先）※家族等の場合、入居契約の代理人となれる方をお願いします 〒 連絡先電話番号：			

施設記入欄	受付日:平成　年　月　日
相談受付者	

特別養護老人ホーム　いこいの森西原
宇都宮市西原町１３－１　TEL 028-658-6226