

特別養護老人ホーム「フォレスト浦和」入所申込書＜記入例＞

平成 30 年 10 月 1 日

特別養護老人ホーム浦和

施設長様

申込者（本人又は代理人）

住所	〒331-0047 埼玉県さいたま市西区大字指扇字向 1395-1		
氏名	古訪部 一郎	⑩	続柄 長男
電話番号	03 (5671) 2240		

本人の状況	氏名	古訪部 太郎	男・女	生年月日	明・大 昭 10 年 3 月 1 日 (83 歳)
	住所	〒331-0047 埼玉県さいたま市西区大字指扇字向 1395-1			要介護度 要介護 4
	介護保険負担限度額認定	第 2 段階 ・ 第 3 段階 ・ 第 4 段階			介護負担割合 1 割 ・ 2 割
	現在使用している 在宅サービス	① 訪問介護 (週 4 回△ヘルパーステーション) 2 訪問入浴介護 () 3 訪問看護 () 4 訪問リハビリ () ⑤ デイサービス (週 2 回○△デイサービス) 6 通所リハビリ () 7 短期入所生活介護 () 8 短期入所療養介護 () ⑨ 福祉用具のレンタル (車いすレンタル利用) 10 その他 ()			
	入所希望理由	1 介護者がいない為 () 2 介護者がいるが障害や疾病の為、介護が困難 () 3 介護者が高齢の為 () ④ 介護者が就業している為 (主介護者は正社員で就業しており介護困難) 5 介護者が育児又は家族が病気の状況にあり介護が困難 () 6 介護保険施設に入所しているが退所を迫られている為 ()			

介 護 者 の 状 況	主たる介護者	氏 名	古訪部 花子		性 別	男・ <u>女</u>	
					続 柄	長男妻	
		生年月日	明・大・ <u>昭</u> 40 年 3 月 2 日 (53 歳)				
		同居区分	<u>同居</u> ・ 別居				
		就労状況	<u>有</u> (<u>常勤</u> ・ パート) ・ 無				
		育児状況	有 (人 歳) ・ <u>無</u>				
		健康状況	<u>良好</u> ・ 不良 ()				
介 護 期 間	家族の健康状況	<u>良好</u> ・ 不良 ()					
		氏 名	古訪部 一郎		性 別	<u>男</u> ・ 女	
					続 柄	長男	
介 護 期 間	同居区分	<u>同居</u> ・ 別居					
	介護の可能性	<u>介護困難</u> ・ 多少介護可能 ・ 介護可能					
そ の 他	入所希望時期	1 今すぐ入所を希望している <u>2</u> <u>平成 31 年 5 月頃</u> までには入所したい					
	申込み状況	1 当該施設のための申込み <u>2</u> 他の施設に申し込んでいる 施設名： <u>特別養護老人ホーム〇〇△□</u> 所在地： <u>さいたま市</u> 3 フォレスト浦和以外の当法人関連施設の紹介を <u>希望する</u> ・ 希望しない					
	待 機 期 間	平成 29 年 4 月より					
	受給している年金の種類	1 国民年金 <u>2</u> 厚生年金 3 共済年金 4 その他 ()					
	説明確認	<p>私は入所申込の際、入所決定の手続き及び入所の必要性を評価する基準等について確認の上同意いたしました。</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> フォレスト浦和入所申し込み書提出にあたり、本人の健康状態、施設の人員など受け入れ体制により必ずしも「フォレスト浦和」への入所を確約するものないことに同意します。</p> <p>※上記説明文に同意の上、左側の□欄にチェックを入れ下記へご記入・ご捺印をお願いします。</p> <p>平成 30 年 10 月 1 日 氏 名 <u>古訪部 一郎</u> <u>印</u></p>					

- * 介護保険被保険者証（写）を添付して下さい。
- * 現在使用している在宅サービスの状況の（ ）内には、具体的内容を記入して下さい。
- * 入所を希望する理由の（ ）内には、具体的理由を記入して下さい。
- * 申込を辞退する場合、又は申込内容に変更が生じた場合には、施設に連絡し、指示を受けて下さい。

状 況 確 認 表<記入例>

平成 30 年 10 月 1 日 現在

お名前	古訪部 太郎		(男)・女		生年月日 昭和 10 年 3 月 1 日 (83 歳)	
現在の生活場所	埼玉県さいたま市西区大字指扇字向 1395-1				要介護度	要介護 4
ご家族氏名	古訪部 一郎	続柄	長男	TEL	03 (5671) 2240	
ご家族住所	〒331-0047 埼玉県さいたま市西区大字指扇字向 1395-1					
医務 看護 関係	既往歴	白内障 (平成 15 年手術)				
	現病歴	アルツハイマー型認知症 高血圧				
	主治医	〇〇病院 ××医師				
身体 状況	身長 156 cm	体重 48 kg	視力	(普)・弱・全盲	聴力	普・(難)・聾
	発語	(普)・やや普・不自由	床ずれ	有り (場所) _____ ・ (無)		
	オムツ	(有) ((常時) ・ 夜のみ) ・ 無				
	上半身の状態	マヒなし。筋力低下無し。				
	下半身の状態	マヒなし。両足に筋力低下あり。				
	むくみ	有り (場所) _____ ・ (無)	皮膚の疾患状態 ()			
日常 生活	歩行	自立・一部介助・(車椅子)	排泄	自立・(一部介助)・全介助		
	食事	自立・(一部介助)・全介助	入浴	自立・(一部介助)・全介助		
	着脱	自立・(一部介助)・全介助	徘徊	有 ・ (無)		
認知症等による不適応行動		(有) (時々暴力行為がある) ・ 無				
性格	無口		対人関係	拒否的・親しみやすい・(協調的)		
精神状態	(正常) ・ 障害有り (ご様子)					
問題となる行動等 食べ物ではないものを口に入れようとすることがある。						
ご生活上の注意すべき点 水分をあまり飲もうとしない傾向がある。						
その他 特になし。						

* おわかりになる範囲で結構です。よろしく願いいたします。

* 項目には丸印をお付けください。