

特別養護老人ホーム 潮見台みどりの丘 入居申込書

施設長様

申込者（連絡先） 今後、郵便物などはこの連絡先にお送りさせていただきます。

住所	〒										都道 府県	市区 郡	区町 村
												ビルマンション名 部屋番号	
氏名	入居希望者 との関係 ()												
連絡先	電話	()											

特別養護老人ホームに入居したいので、次のとおり申し込みます。

また、本申込書を、待機者数等の情報を把握し、川崎市の今後の施策に反映させるための資料に利用することを承諾します。

入居希望者	希望する居室タイプ	第一希望（希望するタイプにチェック☑） <input type="checkbox"/> ユニット個室 <input type="checkbox"/> 多床室（4人部屋）				第二希望（希望がある人のみチェック☑） <input type="checkbox"/> ユニット個室 <input type="checkbox"/> 多床室（4人部屋）				
	介護保険者被保険者番号					保険者	<input type="checkbox"/> 川崎市 <input type="checkbox"/> その他 ()			
	フリガナ									
	氏名									
	生年月日	1.明治 2.大正 3.昭和 年 月 日 [年齢 歳]								
	性別	1.男 2.女		電話番号	()					
	住所	〒								
	要介護度	<p>※特別養護老人ホームの入居要件は要介護1以上の認定が必要となります。</p> <p>0. 要支援等（※要支援1・要支援2・経過的要介護） 1. 要介護1 2. 要介護2 3. 要介護3 4. 要介護4 5. 要介護5 6. 申請中 7. 不明 [認定有効期間] 平成 年 月 日から平成 年 月 日まで</p>								
	入居希望時期	1. なるべく早く入居したい 2. いずれ入居したい (理由:)								
	待機場所	1. 在宅 2. 介護老人保健施設 3. 病院・診療所 4. 養護老人ホーム 5. その他 () ※2~5の場合 その名称 () 利用年月日 (平成 年 月 日)								
入居を希望する理由	あてはまるもの、ひとつだけ番号に○をしてください。 1. 介護するものがない。 2. 介護するものはいるが、要支援・要介護状態、高齢、病気療養中、障害を有する状況にあり、十分な介護ができない。 3. 介護するものはいるが、就労中、複数介護、育児中により、十分な介護ができない。 4. 介護するものはいるが、上記にあてはまらないものの、常時十分な介護ができない。(パート就労等による時間拘束等)									
認知症等の状況	生活状況等調査の「認知症等の状況」欄の1~8の項目に該当された場合のみご記入ください。 1. 「時々ある」が1項目以上 2. 「常にある」が1項目以上									
入居待機期間	最初に特別養護老人ホームに申込をしてからどの位の期間がたちますか。 年 月 日									

同意書

川崎市長あて

特別養護老人ホームへの入居申込書の提出に伴い、申込み時点の要介護度が変更となった場合、川崎市が所有している私の要介護度について、入居申込書を提出した施設に提供することを同意します。

平成 年 月 日

入所希望者

住 所

氏 名

印

同意書を必要とする理由

特別養護老人ホームへの入居申込書の提出後、あなた様が川崎市に対し要介護度の変更申請をし、その要介護度に変更が生じた場合に、必要度に応じた入居判定の適正及び公平性を図るために、川崎市から要介護度について入居申込書を提出した施設に対し情報提供を行うものです。（ただし、川崎市在住の方のみの情報提供になります。）

生活状況等調書

記入者氏名 () 関係 ()

入居希望者の状況																											
身体 の 状 況	食 事	1 自 立 〔食事の種類〕	2 一 部 介 助 □常食 □半粥	3 全 介 助 □全粥 □ミキサー																							
	排 泄	1 自 立 〔おむつの使用〕	2 一 部 介 助 □なし □昼夜	3 全 介 助 □夜間のみ																							
	入 浴	1 自 立	2 一 部 介 助	3 全 介 助																							
	着 脱 衣	1 自 立	2 一 部 介 助	3 全 介 助																							
	移 動	1 自 立 〔歩行〕	2 一 部 介 助 □つかまり歩き □杖使用	3 全 介 助 □車椅子 □ねたきり																							
	視 力	1 普 通	2 やや悪い	3 人の動きがわかる程度																							
	聴 力	1 普 通	2 やや悪い	3 大声が聞き取れる 〔補聴器 □使用〕																							
	言 語	1 普 通	2 聞き取りにくい	3 聞き取れない																							
認知症等の 状 況 *症状のある方のみ 記載してください。	<p>1 認知症の症状が見られるも、日常生活はほぼ自立している。 2 日常生活に支障をきたす症状や意思疎通の困難さが時々あり、 介護を必要とする。 3 日常生活に支障をきたす症状や意思疎通の困難さが頻繁にあり、 常時介護を必要とする。</p> <p>*次のような行動がある場合は、すべてにチェックください。(複数可)</p> <table border="0"> <tr> <td>1 乱暴なふるまいを行う</td> <td>□ 時々ある</td> <td>□ 常にある</td> </tr> <tr> <td>2 自分の体を傷つける</td> <td>□ 時々ある</td> <td>□ 常にある</td> </tr> <tr> <td>3 火の不始末がある</td> <td>□ 時々ある</td> <td>□ 常にある</td> </tr> <tr> <td>4 家中や屋外をあてもなく歩き回る</td> <td>□ 時々ある</td> <td>□ 常にある</td> </tr> <tr> <td>5 興奮したり騒いけたりする</td> <td>□ 時々ある</td> <td>□ 常にある</td> </tr> <tr> <td>6 不潔な行為がある</td> <td>□ 時々ある</td> <td>□ 常にある</td> </tr> <tr> <td>7 失禁する</td> <td>□ 時々ある</td> <td>□ 常にある</td> </tr> <tr> <td>8 その他</td> <td>□ 時々ある</td> <td>□ 常にある</td> </tr> </table>			1 乱暴なふるまいを行う	□ 時々ある	□ 常にある	2 自分の体を傷つける	□ 時々ある	□ 常にある	3 火の不始末がある	□ 時々ある	□ 常にある	4 家中や屋外をあてもなく歩き回る	□ 時々ある	□ 常にある	5 興奮したり騒いけたりする	□ 時々ある	□ 常にある	6 不潔な行為がある	□ 時々ある	□ 常にある	7 失禁する	□ 時々ある	□ 常にある	8 その他	□ 時々ある	□ 常にある
1 乱暴なふるまいを行う	□ 時々ある	□ 常にある																									
2 自分の体を傷つける	□ 時々ある	□ 常にある																									
3 火の不始末がある	□ 時々ある	□ 常にある																									
4 家中や屋外をあてもなく歩き回る	□ 時々ある	□ 常にある																									
5 興奮したり騒いけたりする	□ 時々ある	□ 常にある																									
6 不潔な行為がある	□ 時々ある	□ 常にある																									
7 失禁する	□ 時々ある	□ 常にある																									
8 その他	□ 時々ある	□ 常にある																									
疾 病 の 状 況	<p>*現在治療中の病気・今までかかった病気</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>病 名</th> <th>医療機関</th> <th>治療中</th> <th>既往症</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td>年 月～</td> <td>年頃</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>年 月～</td> <td>年頃</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>年 月～</td> <td>年頃</td> </tr> </tbody> </table>			病 名	医療機関	治療中	既往症			年 月～	年頃			年 月～	年頃			年 月～	年頃								
病 名	医療機関	治療中	既往症																								
		年 月～	年頃																								
		年 月～	年頃																								
		年 月～	年頃																								
医 療 的 処 置	<p>1 経管栄養 2 人工肛門 3 胃ろう 4 インシュリン注射 5 カテーテル等 6 その他 ()</p>																										

家族状況	氏名		性別	年齢	続柄	同居 別居	就労・健康・障害など 別居の場合は住所
	主な 介護者		男・女			同・別	
	1		男・女			同・別	
	2		男・女			同・別	
	3		男・女			同・別	
	4		男・女			同・別	
担当ケア マネージャー	氏名						
	事業所名						
	電話番号		()				
現在利用している 居宅サービス等 *該当している すべての数字に ○をしてくだ さい。 *川崎市の情報 として利用させ ていただくもの です。	<p>居宅サービスを月に何回くらい利用していますか。</p> <p>1 訪問介護 (月 回数)</p> <p>2 訪問入浴介護 (月 回数)</p> <p>3 訪問看護 (月 回数)</p> <p>4 訪問リハビリテーション (月 回数)</p> <p>5 居宅療養管理指導 (月 回数)</p> <p>6 通所介護 (月 回数)</p> <p>7 通所リハビリテーション (月 回数)</p> <p>8 短期入所生活介護 (月 回数)</p> <p>9 短期入所療養介護 (月 回数)</p> <p>10 福祉用具の貸与・購入費支給</p> <p>11 住宅改修費の支給</p> <p>12 その他 ()</p> <p>13 利用していない 理由 ()</p>						
他施設の申込 状況	<p>1 当該施設のみ申込み</p> <p>2 他の施設に申し込んでいる又は今後申し込み予定</p> <p>*既に申し込んでいる他の施設名 ()</p> <p>*今後申し込み予定の他の施設名 ()</p>						