

標準利用申込書

特別養護老人ホームぬく森
ユニット型特別養護老人ホームぬく森 施設長 殿

受付日	平成 年 月 日
受付者	
入所基準	基準・特例
特例確認	平成 年 月 日
該当	有・無

利用希望者(申込者)

フリガナ				保険者	
氏名	男・女			被保険者 番号	
生年月日	明・大・昭	年	月	日	要介護度 3・4・5 (1・2)
認定有効期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日				
現住所	〒 電話番号				
給付制限					
認定審査会 意見					

※介護保険証から転記してください。なお、コピーを添付した場合は記載不要です。

申込代理人(申込者が本人でない場合は、下の欄にお書きください。)又は連絡先

フリガナ			続柄	
氏名				
現住所	〒 電話番号 昼間連絡先番号			

介護保険法に基づき要介護の認定を受けましたので、この利用申込書により入所を希望いたします。
なお、利用のための待機中に、貴施設以外の施設に入所が決定した場合、また要介護度や連絡先、介護の状況等について変更がありました場合は、速やかに貴施設に連絡いたします。

同意及び説明確認

利用希望者、介護者を円滑に支援するために、市町村・ケアマネージャ等にこの申込み内容を情報提供し、また情報提供を受けることに同意します。
また、入所申込から入所契約までの手続き及び入所順位の決定方法について、施設から説明を受けました。

平成 年 月 日 利用希望者(申込者)又は申込代理人
氏名 印

現在契約をしている居宅介護支援事業所、入院・施設を利用されている方は入院・利用されている施設名をお書きください。無い場合は「無し」とお書きください。

居宅介護支援事業所名	担当 ケアマネージャ
病院・施設名	

標準調査表

生活状況	移動	歩行・杖・歩行器・車椅子・ストレッチャー その他()		介助	自立・一部介助・全介助
	食事	主)	普通・かゆ・ミキサー	介助	自立・一部介助・全介助
		副)	普通・一口大・きざみ・極キザミ・ミキサー		自立・一部介助・全介助
	経管栄養(胃ろう・腸ろう・鼻腔)				
	排泄	トイレ・ポータブル・尿器・便器・おむつ		介助	自立・一部介助・全介助
		カテーテル・人工膀胱・人工肛門			
	入浴	一般浴・座浴・寝浴・その他()		介助	自立・一部介助・全介助
	更衣(着替え)			介助	自立・一部介助・全介助
	整容(身だしなみ)			介助	自立・一部介助・全介助
送迎時の介助	車椅子(要・不要)・ストレッチャー(要・不要)				
記入にあたっては、認定調査時の資料等から転記していただいても構いません。					
身体状況	視力	普通・見えにくい・見えない	身長	cm	
	聴力	普通・聴こえにくい・聴こえない	体重	kg	
	発語	普通・やや不自由・不自由	意志疎通	可・困難・不可	
	精神状態	安定・不安定(幻覚・興奮・攻撃・その他)			
健康状況	現疾患		病歴		
	主治医		TEL		
	医療の状況	カテーテル・インシュリン・在宅酸素・その他()			
	感染症	無・有()	アレルギー	無・有()	
	皮膚刺激	普通・弱い	麻痺	無・有()	
	便秘	無・有(服薬：無・有)	拘縮	無・有()	
	睡眠	良・不良(服薬：無・有)	褥瘡	無・有()	
	嚥下	良好・むせ・つまる	湿疹	無・有()	
入れ歯	無・有(上・下)	口腔状況	良・否()		
住環境	区分	持ち家 階(エレベーター有・無)・借家 階(エレベーター有・無)			
	住宅改修	可・不可・改修済()			
	立地等	在宅サービス利用するにあたっての問題点 無・有(送迎・訪問・その他)			

利用希望者の状況	医療依存度				
	<input type="checkbox"/> 床ずれ(褥瘡)	<input type="checkbox"/> 人口肛門	<input type="checkbox"/> 経管栄養(胃ろう・鼻腔・腸ろう)		
	<input type="checkbox"/> 在宅酸素	<input type="checkbox"/> インスリン	<input type="checkbox"/> 尿道カテーテル(バルーン)		
	<input type="checkbox"/> その他()				
	心身障害				
	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳所持(級)				
	<input type="checkbox"/> 精神障害者手帳所持				
	<input type="checkbox"/> 療育手帳所持				
日常生活で使うもの	<input type="checkbox"/> 車いす	<input type="checkbox"/> 介護用ベッド	<input type="checkbox"/> ポータブルトイレ	<input type="checkbox"/> おむつ	<input type="checkbox"/> 杖
	<input type="checkbox"/> ミキサー食	<input type="checkbox"/> きざみ食	<input type="checkbox"/> 介助浴	<input type="checkbox"/> ストレッチャー	

該当する項目にレ印をつけ、その頻度にもレ点をつけてください。

項目		頻度					
□認知症状なし							
□徘徊		□ほとんど毎日	□週3～4回	□週1～2回	□月数回程度	□3ヶ月に数回程度	
□不潔行為		□ほとんど毎日	□週3～4回	□週1～2回	□月数回程度	□3ヶ月に数回程度	
□自傷行為		□ほとんど毎日	□週3～4回	□週1～2回	□月数回程度	□3ヶ月に数回程度	
□暴力行為		□ほとんど毎日	□週3～4回	□週1～2回	□月数回程度	□3ヶ月に数回程度	
□昼夜逆転		□ほとんど毎日	□週3～4回	□週1～2回	□月数回程度	□3ヶ月に数回程度	
□異食行為		□ほとんど毎日	□週3～4回	□週1～2回	□月数回程度	□3ヶ月に数回程度	
□火の不始末		□ほとんど毎日	□週3～4回	□週1～2回	□月数回程度	□3ヶ月に数回程度	
□被害妄想		□ほとんど毎日	□週3～4回	□週1～2回	□月数回程度	□3ヶ月に数回程度	
□大声		□ほとんど毎日	□週3～4回	□週1～2回	□月数回程度	□3ヶ月に数回程度	
□奇声		□ほとんど毎日	□週3～4回	□週1～2回	□月数回程度	□3ヶ月に数回程度	
□興奮		□ほとんど毎日	□週3～4回	□週1～2回	□月数回程度	□3ヶ月に数回程度	
□その他(具体的に)		□ほとんど毎日	□週3～4回	□週1～2回	□月数回程度	□3ヶ月に数回程度	
□その他(具体的に)		□ほとんど毎日	□週3～4回	□週1～2回	□月数回程度	□3ヶ月に数回程度	

主たる介護者の状況	介護者の有無	□あり		□なし				
	フリガナ			大	・	昭	・	平
	氏名			男	生	年	月	日
				女	年	月	日	続柄
	居住状況	□同居		□別居				
	介護者の就労関係	□終日就労		□半日程度(4時間以上)		□無職		
	育児状況	□育児を必要とする子どもがいる (具体的にお子さんの年齢人数)						
	介護者の健康状況	□健康 □病弱 □障害者手帳保持 □要介護状態 病弱な場合・病名入院歴などをお書きください。 障害者手帳をお持ちの方は障害者名と等級をお書きください。 要介護状態の方は、要介護をお書きください。(要介護度)						
	介護者以外の同居家族状況	□利用希望者とは別に病弱者の家族がいる (□ 自宅療養中 □入院中) □利用希望者とは別に要介護状態の家族がいる (要介護度) □利用希望者とは別に障害者手帳保持者がいる (障害者手帳をお持ちの方は障害者名と等級をお書きください)						
	これまでの介護期間	在宅で □3年以上 □2年以上 □1年以上 □1年未満 (年 月頃から利用希望者の介護をしている) 施設で □3年以上 □2年以上 □1年以上 □1年未満						
家族図								

フロー希望

特養 めく森 が良い。(前原 橋爪山)

従来型の施設です。 費用は、多床室 81,000～91,000 個室 101,000～113,000

ユニット型 特養 めく森 が良い。(前原 橋爪山)

ユニット型の施設です。 費用は、137,000 ～ 147,000 です。

希望なし

どちらかの施設が利用できる状態になった場合に、お知らせさせていただきます。

※利用料金は、介護保険制度の改正等により、変更になる場合があります。

申込書・調査票でご不明な点等がございましたら、遠慮なくお問い合わせください。

問い合わせ先 電話 0568-65-1888 特別養護老人ホーム めく森 生活相談員まで

お願い

介護保険被保険者証の写しを提出してください。

この申込書・調査票は、入所検討委員会の資料として使うものです。

申込書・調査票のみで、利用の可否・時期が決定するものではありません。また、申込書・調査票の記載については、介護支援専門員(ケアマネージャー)に相談して、記載いただいても結構です。

なお、内容について、不明な部分がありましたら、施設よりお問い合わせをさせていただきます。

また、担当の介護支援専門員若しくは入院・入所している施設にご質問させていただくこともありますので、よろしく願いいたします。

めく森 使用欄