

社会福祉法人アムノスの会
特別養護老人ホームたまゆら入所申込書

※申込書の有効期間は申込月より6か月となります。以後も申込を継続する場合は再申込が必要になります。
入所希望を継続される方は期日までに再申込をお願いします。再申込がない場合には「取り下げ」とさせていただきます。

申込日		令和 年 月 日			申込区分		□新規 □更新			
(身元保証人)	ふりがな				性別	入所希望者との関係				
	氏名				□男 □女	□配偶者 □子 □子の配偶者 □兄弟姉妹 □その他()				
	住所	〒			自宅電話 携帯電話					
入所希望者の状況	ふりがな				性別	生年月日				
	氏名				□男 □女	□明治 □大正 年 月 日 (歳) □昭和				
	住所	〒								
	介護保険被保険者番号				介護度		介護保険負担割合			
					要介護: □1 □2 □3 □4 □5		□1割 □2割 □3割			
	認定期間				介護保険負担限度額認定証					
	年 月 日 ~ 年 月 日				□なし □第1 □第2 □第3① □第3② □不明					
	現在の生活場所	□自宅(□独居世帯 □高齢者夫婦世帯 □家族と同居世帯) □サービス付き高齢者住宅 □有料老人ホーム □グループホーム □老健・療養型・介護医療院 □入院中 ※ 施設・病院名 () 入所・入院期間 年 月から								
入居希望者の意向	□希望している □迷っている □判断ができない □知らせていない □ その他()									
家族、親族等の状況	氏名	住所	続柄	年齢	入所希望者との同居の有無	介護	障害	複数介護		
					□同居 □別居	□	□	□		
					□同居 □別居	□	□	□		
					□同居 □別居	□	□	□		
					□同居 □別居	□	□	□		
					□同居 □別居	□	□	□		
※「要介護」:要介護1以上 ※「障害」:障害手帳3級以上、療育手帳、精神福祉手帳1級。 ※「複数介護」:複数人の家族を介護、看護、又は未就学児の育児中。 介護・看護・育児を受けている方の氏名:										
入所を希望する理由	(例) 現在デイサービスを中心にサービスを利用しているが、介護者が就業しており昼間の時間帯に不在であるため、将来的に在宅生活に不安を感じている。									
説明確認および同意欄	入所判定及び入所待機者の状況把握に必要な場合は、施設が市町村、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、他の介護保険施設・事業所等から、必要な情報を得ること及び施設が行政機関等からの求めに応じて情報提供することに同意します。 また、入所申込みに際し、入所申込みから入所契約までの入所決定方法等について、施設の担当者から説明を受け、施設側との連携をはかることに同意します。									
		令和 年 月 日			氏名					

※2枚目は担当ケアマネジャーさん、各施設・病院の相談員さんに記載を依頼してください。

記入者指名	事業所名	職種	連絡先
在宅サービス利用状況	<input type="checkbox"/> 30%未満 <input type="checkbox"/> 30%以上 <input type="checkbox"/> 50%以上 <input type="checkbox"/> 75%以上 <input type="checkbox"/> 90%以上		
障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2		
認知症高齢者の自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M		
身体状況	視覚	<input type="checkbox"/> 見える <input type="checkbox"/> 見えにくい <input type="checkbox"/> 見えない 眼鏡使用： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	聴覚	<input type="checkbox"/> 聞こえる <input type="checkbox"/> 難聴 <input type="checkbox"/> 聞こえない 補聴器使用： <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	
	麻痺・拘縮	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(
医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養(<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻) <input type="checkbox"/> 尿カテーテル <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> その他(
現在治療中の病気			
既往歴			
過去の入院歴	入院先	入院期間	理由
		年 月～ 年 月	
		年 月～ 年 月	
服薬内容 ※くすり手帳等の添付でも可。	<input type="checkbox"/> 朝食前 <input type="checkbox"/> 朝食後 <input type="checkbox"/> 昼食前 <input type="checkbox"/> 昼食後 <input type="checkbox"/> 夕食前 <input type="checkbox"/> 夕食後 <input type="checkbox"/> 眠前薬(内服時間： 時頃) <input type="checkbox"/> その他(
処置等特記事項			
移動	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> リクライニング式車いす (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助) 転倒の状況： <input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> なし センサーマットの使用状況： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
食事	主食	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> ソフト食 <input type="checkbox"/> その他:(
	副食	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み食 <input type="checkbox"/> トロ刻み食 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> ソフト食 <input type="checkbox"/> その他:(
	食事制限	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(
	禁止食等	アレルギー： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり() 好き嫌い： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
	食事動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経管栄養	
	嚥下状態	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 食べ物でむせる <input type="checkbox"/> 水分でむせる (トロミ剤使用： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり)	
排せつ	排せつ動作	日中	夜間
		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 布パンツ <input type="checkbox"/> リハパン <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> オムツ	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 布パンツ <input type="checkbox"/> リハパン <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> オムツ
	排せつ方法	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> オムツ交換 <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> オムツ交換 <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> その他()
入浴	入浴動作	<input type="checkbox"/> 個浴 <input type="checkbox"/> リフト浴 <input type="checkbox"/> ストレッチャー浴 <input type="checkbox"/> その他:(
	更衣動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
口腔	衛生動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	義歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 部分義歯(<input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 下) <input type="checkbox"/> 総義歯	
認知面・精神状態	認知症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(疾患名：)	
	徘徊	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> 常にある <input type="checkbox"/> その他:(
	昼夜逆転	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> 常にある <input type="checkbox"/> その他:(
	帰宅願望	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> 常にある <input type="checkbox"/> その他:(
	異食行為	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> 常にある <input type="checkbox"/> その他:(
	幻視・幻聴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> 常にある <input type="checkbox"/> その他:(
	介護抵抗	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> 常にある <input type="checkbox"/> その他:(
	暴言・暴力	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> 常にある <input type="checkbox"/> その他:(
不潔行為	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> 常にある <input type="checkbox"/> その他:(

添付書類 ※必要書類がそろっていない場合は書類がそろった時点での受付となります。

ご家族でご用意いただく書類	担当ケアマネジャー・入居先施設にご用意いただく書類
○ 介護保険証、介護保険負担割合証のコピー	○ アセスメントシート
※必要に応じて負担限度額認定証のコピー	○ サービス計画書(写)