

医療法人 有心会
社会福祉法人 ゆうしん

利用申込書
(関連施設共通申込書)

【申込先】※お申込みを希望される施設に✓を付けて下さい(重複可)

☐ 医療法人 有心会
有 田 病 院

☐ 医療法人 有心会
介護老人保健施設 いいでの里

☐ 社会福祉法人 ゆうしん
地域密着型特別養護老人ホーム くるま乃

記入日

年 月 日

※下記は施設で記入しますので未記入をお願いします

受付日

年 月 日

(施設記入欄)

管理番号

(施設記入欄)

担当者

印

貴施設を利用したいので次の通り申し込みます。(※該当する箇所には○印や✓印を付けて下さい)

利用希望者氏名	ふりがな	性別	男 ・ 女								
		生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)								
現住所	(〒 -)	電話番号									
申込者	ふりがな氏名	統 柄									
		同居の有無	☐ 同居・ ☐ 別居・ ☐ その他()								
	住所	電話番号(携帯番号)									
	(〒 -) ※利用希望者と住所が同じ場合、記載を省いても構いません		※日中、連絡がとれる番号を記載してください。								
介護保険	被保険者番号		負担割合 ☐ 1割・ ☐ 2割								
	要介護度	☐ 申請していない ・ ☐ 申請中 ・ ☐ 区分変更中									
		☐ 要支援1 ・ ☐ 要支援2 ・ ☐ 要介護1 ・ ☐ 要介護2 ・ ☐ 要介護3 ・ ☐ 要介護4 ・ ☐ 要介護5									
	認定期間	平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日									
健康保険	☐ 国民健康保険・ ☐ 社会保険・ ☐ 後期高齢者医療・ ☐ 生活保護(担当者:)・ ☐ その他()										
年金	☐ 有・ ☐ 無 (金額 約 万円/2ヶ月) / ☐ 国民年金・ ☐ 厚生年金・ ☐ 共済年金・ ☐ 恩給・ ☐ その他()										
障害者手帳	☐ 有・ ☐ 無 (種類: ☐ 身体・ ☐ 療育・ ☐ 精神) / 判定: 級(度) ※障害名										
現況 (現在の居場所)	☐ 自 宅 (☐ 1人暮らし・ ☐ 家族と同居)										
	☐ 病院に入院中 (医療機関名:) (※いつから入院: 年 月 日～)										
	☐ 施設に入所中 (施 設 名:) (※いつから入所: 年 月 日～)										
医療の状況	【現在、受けている治療・処置・対応など】 ☐ 経管栄養(鼻腔・胃瘻・腸瘻・食道) ・ ☐ ペースメーカー ・ ☐ 酸素療法 ・ ☐ 留置カテーテル ・ ☐ ス ト マ(人工肛門等) ☐ 痰吸引 ・ ☐ 人工透析 ・ ☐ 気管切開 ・ ☐ インシュリン注射 ・ ☐ 褥 瘡 ・ ☐ C型肝炎等 ・ ☐ MRSA ・ ☐ そ の 他()										
	【現在、内服治療・通院している病気】 (※分かる範囲内で構いませんので記入をお願い致します)										
	<table><tr><th>診断名(病名)</th><th>診断名(病名)</th></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>			診断名(病名)	診断名(病名)						
	診断名(病名)	診断名(病名)									
利用希望者の 意向・要望	意 向	☐ 今すぐに入居・入院したい ☐ 年 月頃までには入居・入院したい ☐ 将来を考えて申し込んでおきたい ※入所希望時期については、入所決定に際してなから影響を与えるものではありませんのでありのままご記入ください。									
	申込状況	☐ 当関連施設のみを申し込む ☐ 他施設も申し込んでいる。または今後申し込む予定である ◇申し込み済み・申し込む予定のある施設の名称 ()									
	希望理由 (できるだけ具体的に)	☐ 介護者がいないため ☐ 介護者が高齢・障害・疾病・就労等により十分な介護が困難なため ☐ 介護者の身体的・精神的負担が大きいため ☐ 居宅サービスの限度額を超えており経済的負担が大きいため ☐ 居住環境が介護に適していないため ☐ 施設や病院等から退所を求められているが、自宅での介護が困難なため									
		(具体的な事情) []									

【利用希望者の心身の状態・日常生活動作】 ※あてはまる箇所に✓を付けて下さい

日常生活動作			心身の状態	
移動	歩行	☐ できる・ ☐ 手伝えばできる・ ☐ できない	視力	☐ 無・ ☐ 弱 視(☐ 右・ ☐ 左) ・ ☐ 全 盲
	用具	☐ 独 歩・ ☐ 杖・ ☐ 歩行器・ ☐ 車椅子・ ☐ ストレッチャー	聴力	☐ 無・ ☐ やや難聴(☐ 右・ ☐ 左) ・ ☐ 難 聴
食事	摂取	☐ 1人で食べる・ ☐ 手伝えば食べる・ ☐ 全て手伝う	麻痺	☐ 無・ ☐ 有(☐ 右片麻痺・ ☐ 左片麻痺・ ☐ その他())
	注意	☐ 制 限 がある・ ☐ アレルギーがある・ ☐ むせ込みがある	認知症	☐ 徘徊・ ☐ 同じことを言う・ ☐ 夜間眠れない ・ ☐ 興奮することがある
排泄	動作	☐ できる・ ☐ 手伝えばできる・ ☐ 全て手伝う		☐ 時間・場所を勘違いする・ ☐ 物忘れが多い ・ ☐ 怒鳴る・暴力をふるう
	場所	☐ ト イ レ・ ☐ ポータブル・ ☐ 尿 器・ ☐ 紙パンツ・ ☐ フォーレ		☐ 実在しないものが見える・ ☐ うつ症状がある ・ ☐ 思い込みが激しい
入浴	動作	☐ できる・ ☐ 手伝えばできる・ ☐ 全て手伝う・ ☐ 入っていない		☐ 食品以外を口に含む・ ☐ 不安が強い ・ ☐ 火の不始末がある
	形態	☐ 普通浴・ ☐ チェア浴・ ☐ 寝台浴・ ☐ シャワー浴・ ☐ 清 拭	☐ トイレ以外で排泄する・ ☐ 介護拒否がある ・ ☐ 帰宅願望がある	

【家族構成(同一生計者・住民票上の同居人)と主たる介護者連絡先等】 ※あてはまる箇所に○印や✓印を付けて下さい(複数選択しても構いません)

利用希望者の 家族構成	☐ 親 ・ ☐ 配偶者 ・ ☐ 子 ・ ☐ 孫 ・ ☐ ひ孫 ・ ☐ その他() 合計: 人 / ☐ 独居(1人暮らし)
----------------	--

主たる介護者

ふりがな氏名		性別	男 ・ 女	同居の有無	☐ 同居・ ☐ 別居・ ☐ その他()
		年齢	歳	職 業	(勤務先)
電話番号	※日中、連絡がとれる番号を記載	統 柄	※利用希望者との関係		(電話番号)
同居以外の 介護協力者	※複数選択して頂いても構いません。 ☐ 子 ・ ☐ 兄弟姉妹 ・ ☐ 親戚 ・ ☐ 親族ではないが援助者あり ・ ☐ 親族や援助者なし ・ ☐ 遠方のため援助は厳しい				

【担当されている介護支援専門員】

ふりがな氏名		事業所名	
--------	--	------	--

以下、申込先によって記載が異なりますのでご注意をお願い致します。また、必ず記載および捺印をお願い致します。
(※下記2項目に関しては新潟県に於ける特別養護老人ホーム入所指針および判断基準・基準適用で推進されていることですので必ず記入をお願い致します)

【特例入所の要件・理由(※特別養護老人ホームに申し込まれる方のみ、要介護1から要介護2の方が記入して下さい。要介護3以上の方は未記入で構いません)】

入所申込者が居宅において日常生活を営むことが困難なやむを得ない事由 ※あてはまる箇所に✓を付けて下さい
☐ 認知症であるものであって、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通困難さが頻繁にみられる。 ☐ 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられる。 ☐ 家族等による深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難である。 ☐ 同居家族が高齢又は病弱である等により家族等による支援が期待できず、かつ地域でのサービスや生活支援の供給が不十分である。
※上記要件の具体的な理由 ----- -----

【説明確認および情報収集に係る同意(※介護老人保健施設および特別養護老人ホームへ申し込まれる方は、氏名記入および捺印をして下さい)】

☐ 私は貴施設への入所申込に際し、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について説明を受けました。なお、貴施設が入所順位決定のための必要な範囲において、私(利用希望者及びその家族)に関する情報を市町村・担当居宅支援事業所・他の介護保険施設及び医療機関から収集することに同意します。
☐ 私は貴施設への入居・入院申し込みに際し、社会福祉法人ゆうしん、医療法人有心会の間で私(入居希望者およびその家族)に関する情報を共有することに同意します。
平成 年 月 日 利用希望者本人 ないは 申込者氏名 印

【留意事項】
※本利用申込書に記載した事項に変更(特に介護度など)があった場合あるいは他の介護福祉施設や特別養護老人ホーム等に入所した場合は利用に関する判定基準が変わりますので、必ず申込先施設(利用申込書を提出された施設)にご連絡を下さいますようお願い致します。
※認知症の問題行動や医療管理については、対応できない施設がありますので事前に施設に確認をしてください。
※施設概要・設備・料金等につきましては事前に施設に確認をお願い致します。申し込みをされました時点で了解を得られたものと判断させていただきます。
※本申込書は入所希望者の状態等を把握するものです。入所決定にあたりましては入所の必要性和施設側受け入れ態勢を検討の上で決定されます。