

利用申込書

令和 年 月 日

社会福祉法人鶴心会
特別養護老人ホームトータス
施設長 齋藤 武 様

〒

利用者住所

利用者氏名 印

生年月日 明・大・昭 年 月 日

私は、特別養護老人ホームトータスを利用したいので、下記の書類を添えて申し込みます。

記

1. 介護保険被保険者証のコピー
2. 認定調査票（概況調査・基本調査・特記事項）および主治医意見書のコピー
（各市町村で介護認定審査会資料を開示請求して下さい。）
3. 指定介護老人福祉施設トータス入所申込書・利用申込書
特別養護老人ホームトータス利用者調書

連絡先（家族等）

〒

住所

電話番号

氏名

本人との関係

* 要介護度 (1 2 3 4 5)

認定期間 平成 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日

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。

申込日	令和 年 月 日
受付日	令和 年 月 日

〒	:
住所	:
氏名	:
電話	:

特別養護老人ホームに入所したいので、次のとおり申し込みます。

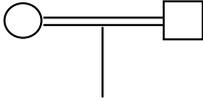
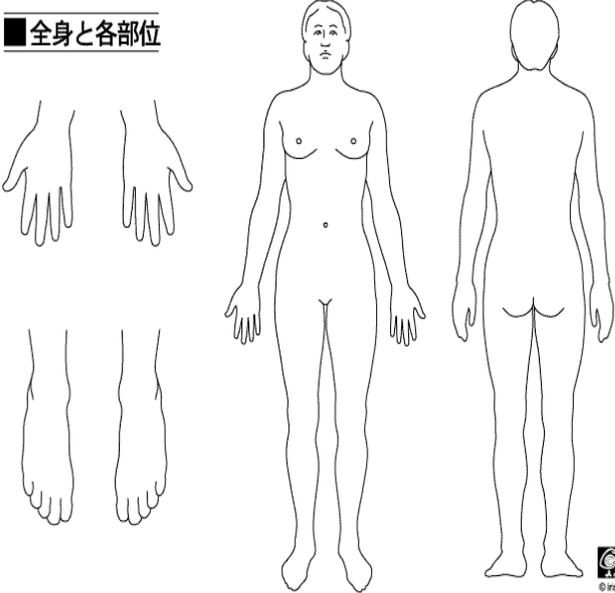
申し込み先 (入所希望施設)		保 険 者	
(フリガナ)	性別	被保険者番号	
氏 名	男・女	要 介 護 度 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5	
生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日 () 歳	要介護 認定期間	平成 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで
現 住 所	〒 —		
現 況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人で暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 特養などの施設や病院に入っている 「施設や病院等に入っている方」は記入して下さい。 ◇施設名又は病院名: _____ ◇所在地(市区名のみ) _____ ◇入所又は入院時期: 平成 年 月 から入所・入院している		
入所希望者の状況	1. 入所申込ができるのは原則として要介護度3以上の方です。 (要介護度1・2の方については、入所を必要とするやむを得ない理由が必要となることから、次の2欄も回答してください。) <input type="checkbox"/> 介護する者がいないため。 <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」、「障害」、「疾病」等により十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 介護者が就労していることから、十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 介護者の身体的・精神的負担が大きくなり十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> その他()		
	2. 要介護度1・2の方については、以下該当するものを回答してください。 <input type="checkbox"/> 認知症である者であって、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる。 <input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られる。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 単身世帯である、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、地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分である。		
	入所希望時期 <input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 令和 年 月頃までに入所したい		
	医療の状況 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> その他() 【現在治療中の病気・特記事項等】		
申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込む。 <input type="checkbox"/> 他の施設も申し込んでいる、又は今後他の施設も申し込む予定。 ◇既に申し込んでいる他の施設名 () () () ◇今後申し込む予定の他の施設名 () () ()		
主たる介護者	(フリガナ)	性別	本人との関係
	氏 名	男・女	生年月日
	同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している(住所:)	
意見	【介護をしているうえで困っていること等】		

特別養護老人ホームトータス利用者調書

受付日 年 月 日

利用者	フリガナ 氏名	男女	M T S	年 月 日生(才)
	現住所 (〒 -)			

連絡先	氏名	年齢	続柄	TEL	携帯

<p>□ = 男性 ○ = 女性</p> 	<p>麻痺・拘縮その他の有無 麻痺等がある場合斜線で記入</p> <p>■ 全身と各部位</p> 
<p>煙草 { 現在は (のむ のまない) 過去は (のむ のまない)</p> <p>酒 { 現在は (のむ のまない) 過去は (のむ のまない)</p>	

* 病歴 (入院歴など)

* 内服薬 (現在の内服薬)

* 生活歴 (生まれ・学歴・職業など)

* 趣味や性格

移動	自立 一部介助 全面介助	杖 シルバーカー 歩行器	車椅子 (自力で移乗できる できない / 自力で自走できる できない) 転倒したことがある ない
起居状況	立ち上がり 立位 座位 寝返り	→ 自立 → 自立 → 自立 → 自立	部分介助 部分介助 部分介助 部分介助 全面介助 全面介助 全面介助 全面介助
麻痺	なし	あり (右 左) (手 足)	動く なんとか動く 殆ど動かない
食事	自立 一部介助 全面介助	普通食 お粥 一口大 きざみ食 ミキサー食 *アレルギーについて(食品・薬等) → *食べられる物に○ → 生卵 納豆 さしみ 青魚 鰻 牛乳 そば	小食である 嚥下障害がある 経管栄養である 胃ろう造設している 治療食 → 義歯使用 (上下)
排泄	自立 一部介助 全面介助	尿意 (あり なし) / 日中 → トイレ ポータブルトイレ 尿器 夜間 → トイレ ポータブルトイレ 尿器 留置カテーテル 放尿する	便意 (あり なし) パット リハパンツ オムツ対応 本人パンツ パット リハパンツ オムツ対応 本人パンツ 失禁がある
入浴	自立 一部介助 全面介助	誰か付き添いで	着替えは自分でできる 清拭 訪問入浴利用
意思疎通	通じる ある程度 通じない	失語症である 構音障害がある つじつまの合わない時がある 同じ事を繰り返し言う	
視力	普通	やや弱い やっと見える	全盲 眼鏡使用
聴力	普通	少し遠い 大声ならわかる	難聴 補聴器使用
床ずれ	なし	あり → 部位や大きさは() *1日の離床時間 約()時間である	
夜間	良眠 不眠	大声を出す ベッド柵を外す おむつを外す	多動である 眠剤を服用している

*困っている事や、不安に思っている事等

*ご本人やご家族の希望等