

# 介護老人福祉施設 久下けやきハウス 入所申請書

記入日を記入して下さい。

平成 28 年 4 月 2 日

社会福祉法人 ハイマート  
 介護老人福祉施設 久下けやきハウス  
 野本 昭子 施設長 様

次のとおり 久下けやき 様 にご申請します。

記入日現在の年齢を記入して下さい。

氏名	ふりがな <b>くげ たろう</b>		性別	<b>男</b> (男・女)		生年月日	明治 大正 昭和 <b>5 年 5 月 5 日</b>		年齢	<b>85 歳</b>			
	<b>久下 太郎</b>												
住所	(〒347-0063) <b>加須市 久下 ×××番地 ×××</b>												
	該当するかどうか保険者へご確認下さい。												
被保険者証	被保険者番号	0000000000							保険者番号 (保険者名称)	110000 (××市)		負担割合	<b>1</b>
	認定有効期間	平成 28 年 1 月 1 日 ~ 平成 29 年 12 月 31 日							要介護度	<b>4</b>	負担限度額認定証	<b>2</b>	
入所希望者本人の情報	現在の状況で、該当する番号1~3に○し、該当項目□へのチェックと記入とをお願いします。												
	① 家庭	<input checked="" type="checkbox"/> 訪問介護 (週 <b>3</b> 回以上) <input checked="" type="checkbox"/> 訪問入浴 (週 <b>3</b> 回以上) <input type="checkbox"/> 訪問看護・訪問リハビリテーション (週 ___ 回以上) <input type="checkbox"/> 通所介護・通所リハビリテーション (週 ___ 回以上) <input checked="" type="checkbox"/> 短期入所生活介護・短期療養介護 (前月・今月・来月の計3ヶ月の利用合計数 <b>18</b> 日) <input type="checkbox"/> サービス利用なし <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )											
		担当ケアマネ	氏名	ふりがな <b>はなさき とくこ</b>		事業所名	<b>居宅支援事業所 かぞ</b>						
		氏名	<b>花咲 徳子</b>		連絡先 TEL	<b>0480-00-0000</b>		FAX	<b>0480-00-0000</b>				
	※入所希望者本人の状況をより正確に把握するため、問い合わせる場合がございます。												
② 病院入院中	病院名						TEL						
	傷病名・入院理由 _____ (入院日: 平成 ___ 年 ___ 月 ~)												
③ 施設入居中	<input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 認知症対応型グループホーム <input type="checkbox"/> 特養 (従来型・ユニット型) <input type="checkbox"/> 介護療養型 <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )												
	施設名						TEL						
申込理由	現在の状況で、該当する番号1~3に○し、該当する□へチェックをお願いします。												
	① 家庭での生活が困難となったため。	<input type="checkbox"/> 段差など住居構造上、介護に支障がある <input checked="" type="checkbox"/> 入所希望者本人の <b>身体機能・認知機能</b> が低下したため <input type="checkbox"/> 介護者やご家族が介護困難となったため											
		② 利用中の施設 (病院) より退所 (退院) の相談をされている											
		<input type="checkbox"/> 入所 (入院) が長期となっている <input type="checkbox"/> 経済的理由 ③ 利用中の老健・病院等に入所・入院中で、退所・退院後も在 _____											
④ その他 ( _____ ) ※具体的に記入をお願いします。 <b>主介護者である母 (花子) が入院となったため、自宅での介護が困難となりました。私 (一郎) は久喜市ですが日中に働いているため、弟の二郎は大阪に住んでいるため、介護の協力が困難となっております。</b>													
生活歴	(出生地: <b>行田市</b> ) で、 ( <b>7</b> 人) 兄弟の ( <b>3</b> 番目) として生まれ、 (最終学歴: <b>〇〇市立尋常小学校</b> 卒業後に												
	( <b>〇〇製作所</b> ) で働き、 (T・ <b>㊦</b> 23年頃) に ( <b>旧姓:山田</b> ) 花子 と結婚し、 ( <b>2</b> 人 ) の子供を設けました。												
その後は、 <b>〇〇製作所を退職し、〇〇精工に再就職をし定年まで働く。</b>													
認知症の状態	現在の状況で該当する□へチェックをお願いします。												
	<input checked="" type="checkbox"/> 新しいことが覚えられない <input type="checkbox"/> 入浴や着替えを嫌がる <input type="checkbox"/> 昔のことが思い出せない <input type="checkbox"/> うつ若しくは抑うつ状態 <input checked="" type="checkbox"/> 季節が分からない <input type="checkbox"/> 食事を拒む <input type="checkbox"/> 段取や計画を立てることができない <input type="checkbox"/> 直前に食べた事を忘れて、何 _____ <input checked="" type="checkbox"/> 道具の使い方が分からない <input type="checkbox"/> 不眠 <input checked="" type="checkbox"/> 物の名前が出てこない <input type="checkbox"/> 夜中に騒ぐ <input type="checkbox"/> 目を離すとすぐに外に出ていこうとする <input type="checkbox"/> 実際にないものが見えるという _____ <input type="checkbox"/> 目的がなく歩き回る <input type="checkbox"/> 突然、声を荒げたり、手をあげたりする _____ <input type="checkbox"/> 食べ物以外の物も口に入れる <input type="checkbox"/> 財布や通帳を盗られたという _____												
認知症の診断を受けている場合は、右記「既往歴」欄への発症時期と通院している病院名を記載してください。													

(連絡窓) 申込者	氏名	ふりがな <b>くげ いちろう</b> <b>久下 一郎</b> (男・女)	続柄	<b>長男</b>	固定電話	<b>0480-00-0000</b>	
	住所	(〒346-0000) <b>久喜市〇〇〇××番地××</b>			連絡先	携帯電話	<b>090-0000-0000</b>
					FAX	<b>0480-00-0000</b>	

主介護者・従介護者などの状況	氏名	ふりがな <b>くげ はなこ</b> <b>久下 花子</b> (男・女)	続柄	妻	生年月日	大正 <b>昭和 9 9 9</b> 平成 年 月 日	年齢	<b>79</b>	居住地	<b>同居</b> ・別居
	状況	現在の状況で、該当するア～イに〇し、該当する□へチェックと記入をお願いします。 <input checked="" type="checkbox"/> ア. 主たる介護者が <input checked="" type="checkbox"/> 入院した、 <input type="checkbox"/> 入所した、 <input type="checkbox"/> 県外へ移転) <input type="checkbox"/> イ. 主たる介護者はいるが、 <input type="checkbox"/> 要介護・ <input type="checkbox"/> 要支援・ <input type="checkbox"/> 高齢・ <input type="checkbox"/> 療養・ <input type="checkbox"/> 障害・ <input type="checkbox"/> 就労(パート・常勤)・ <input type="checkbox"/> 育児(人)・ <input type="checkbox"/> 他の家族の介護) <input type="checkbox"/> ウ. 主たる介護者はいるが、上記以外の理由で困難である								
	従介護者	氏名	ふりがな <b>くげ いちろう</b> <b>久下 一郎</b> (男・女)	続柄	<b>長男</b>	年齢	<b>56</b>	居住地	同居・ <b>別居</b>	介護の可能性 介護可能・多少介護可能・ <b>介護困難</b>

※主介護者や従介護者などの状況について具体的にご記入下さい。  
 母・花子が、ヘルパーが不在時の介護をしていたが、階段から転落して頭部を強打して入院となっている。私(一郎)は、日中働いている。

料金の支払い	入所した際、料金の支払いについて該当する番号に〇し、詳細についてご記入ください。										
	① 本人負担	種類	<b>国民年金</b>			年額	<b>××万</b> 円		※その他の収入 無・有		
		種類				年額			( )		
		種類				年額			年額合計 円		
2. 保証人負担	氏名	ふりがな	続柄	年齢	勤務先	名称					
		(男・女)				電話					
	住所	(〒 - )			年収	円					

※申込者のわかる範囲で記入して下さい。医師や看護師等に記入をを求めるものではありません。

入所希望者本人の医療情報	情報提供者	<input checked="" type="checkbox"/> 親族 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	医療的処置	該当する番号に〇し、該当する項目の□へチェックをお願いします。 <input checked="" type="checkbox"/> ① 無 <input type="checkbox"/> 2. 有 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル留置 <input type="checkbox"/> 膀胱ろう <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 皮膚疾患 <input type="checkbox"/> 常時吸引(昼__回、夜__回) <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> その他( )
	既往歴	※発症年月日や、入院歴がある場合入院期間などもご記入下さい。 <b>昭和40年頃 高血圧症</b> <b>昭和60年頃 大腿骨骨折(〇〇病院、1ヶ月入院)</b> <b>平成5年頃 認知症発症</b>
	内服薬	
その他		

入所希望時期	入所を希望する時期についてあてはまる番号に〇をお願いします。 <input checked="" type="checkbox"/> ① 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 3. その他 <input type="checkbox"/> 2. 平成 年 月頃までには入所したい ( )
--------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

他施設への申込状況	施設名称	所在地	申込時期若しくは待機状況
	1) <b>〇〇の里</b>	<b>加須市〇〇××番地</b>	<b>平成28年3月12日申込 待機状況は分かりません</b>
	2) <b>〇〇苑</b>	<b>久喜市〇〇〇</b>	<b>平成28年3月12日申込</b>
3)			

説明確認	私は、入所決定の手続き及び入所の必要 <b>説明を受けた日を記入して下さい。</b> から説明を受けました。 平成 <b>28</b> 年 <b>4</b> 月 <b>2</b> 日 氏名 <b>久下 一郎</b> 印
------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------