※太ワクの中をすべて記入してください(不明な点は、施設にご相談ください)**介護保険証で確認** ※□欄は、該当するものに☑を記入してください

指定介護老人福祉施設 潮風園入居申込書

	フリガナ			シオカゼ ショウコ						伊	. 険	君	首(名	いちき串木野市											
	氏		名			淖	風	直	 至子			初	保隆	食者	省	中	0	0	0	(0 1	2	3	4	5	6
入	生	年 月	日	明	明·大·昭 5年 1月 1日(85)歳								性別(男・女)													
居	現	住	所	(郵便番号 896-0037) 電話番号(0996- △ △-○ ○ ○) いちき串木野市別府○○○																						
を 希		☑要	介護	認定	を受	けて	いる)															_/			
望	認		<申	込E	3 現在	Eのク	个護馬	度>	要介	:護(1 •	2	3		4)	5)	介記	獲伊	利	険証	の'	写し	を複	际付	†
ナす	~ 定		<認	定有	定有効期間> 令和 元年 5月 1日から令和 3年 4月 30日まで																					
る	状			分																						
者	況																									
				□認 定 申 請 中(令和 年 月 日申請)																						
		世	帯り	犬 涉	元			引居家	ア族が	いな	:\\(-	一人	暮ら	ر)	V	司	居家	え族 を	33V V	る						
理意	□介護する者がいないため。 □介護する者がいないため。 □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。 □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。 □居住環境の事情により、十分な介護が困難なため。 □施設や病院等から退所等を求められているが、受け入れが困難なため。 □その他																									
指	定介	護老人	、福祉	上施訂	設 淖	月風[園	施設	長	山下	治行	亍 ,	軗													
	貴施設に入居を希望するため、申し込みます。 また、貴施設が入居判定に使用する目的で、居宅介護支援事業者、市町村、地域包括支援センター、 病院、施設等から情報提供を受けることに同意します。また、市町村が居宅介護支援事業者等に、入 居申込者の状況等を確認することに同意します。																									
令	和	$\bigcirc\bigcirc 2$	年	00)月	0	〇日																			
	(申	込者)	住	=	所		いち	き串	木野	予市另	別府(<u>)(</u>)(<u></u>												
			Ð	E	名		神	風_	太郎	5							_	印	_	<u>(</u> 約	売柄)	長	男			

提出者(連絡先)

氏名: 潮風 太郎	続柄:長男	自宅電話: 〇〇-〇〇	携帯:○○○-○○○
〒: 896−0037			

いちき串木野市別府○○○○ 住所:

◎介護者・家族等の状況

※ 入居申込みに対する家族の同意等は備考欄に記入して下さい。

	続柄	氏	名	年齢	人店 申込者と	住	所	電話	入居への同意の有無			
家	長男	潮風	太郎	65	<mark>同居</mark> ・ 別居		串木野市	0996	✓ 有□ 無			
族	長男嫁	潮風る	花子	60	<mark>同居</mark> ・ 別居		串木野市	0996	✓ 有□ 無			
構	長女	別府	明美	62	同居 ・ <mark>別居</mark>		串木野市 湊町	0996	☑ 有 □ 無			
成	二女	二女 照島 海子			同居 ・ <mark>別居</mark>		都六本木 目〇番地		✓ 有□ 無			
					同居 • 別居				□有□無			
	フ!	リガ ナ	シオ	カゼ ハ	ナコ	年 齢	生	年月日	本人との関係			
	氏	名	潮	潮風 花子 60 昭和32年10月14日								
主	健原	東 状態										
た			✓排泄✓入浴□移動□着替え□食事✓その他(車椅子への移し替え)□介護する者が要介護状態のため、介護困難な状態である									
る介			図									
護		護者及び 医の状況	□同居する他の要介護者を介護している ⇒ □常時 □半日 □臨時									
者			□同居以外の要介護者を介護している ⇒ □常時 □半日 □臨時 ☑育児や子育で等、子供の世話をしている⇒ □常時 ☑半日 □臨時 □就労等により日中家族が不在である									
の状	介護	者の就労		□無 ② 有 <u>職種; パート(店員)</u> 4日/週(<u>勤務)</u> □8 時間以上 □4~8時間 ② 4時間未満 1日の就労時間								
況	介部	護の場所	□自宅 ☑病院又は介護老人保健施設 □その他の施設に入居中									
	介	護 歴	平成 27年 10月頃から介護している (期間:約 2年)									
			ロなし									
	介部	護協力者	☑週1~3日程度の協力あり (氏名 <u>別府 明美</u> 続柄 <u>長女</u>)									
			□週4日以上の協力あり(氏名 続柄)									
入						取り壊し 🛭 改修はできた	借家契約の解除 よい)	余 □その他())			
居			-	□家屋が古く居住不能 () ②段差・手すり・浴室・居室の広さ等が介護に適さず改修困難								
申			1		・全・店室の 32階で上		後に週09以修	(四) 集				
込者	居	合住環境			-		や段差解消がて が利用できない					
\mathcal{O}			口その	つ他(いアノロロ文学以外付替	~ √14/14 ∠ C .Φ (.)			
状況			│□住宅改付 □その他	修は済ん	しでいる							
)			

		□他のカ	施設や医療	機関に入っている											
	サー	・施設名又は医療機関名: (市・町・村) ¬													
		・入 所 又 は入 院 時 期:平成 年 月から入所(入院)している。													
		・施設や医療機関から退所(退院)を求められているか。(いる・いない)													
	ピ	·		の居宅サービス(訪問・通所系サービス及び短期入所)を受けている											
	ス 等			3 ☑週4~6日 □週3日以下) □訪問入浴介護(週3回以上 □週2回以下) 1 □週4~6日 □週3日以下) □訪問リハビリテーション(□毎日 □週4~6日 □週3日以下)											
	ずの			□週4~6日 □週3日以下) □週所リハビリテーション(□毎日 □週4~6日 □週3日以下) □通所リハビリテーション(□毎日 □週4~6日 □週3日以下)											
	利			護(最近3カ月の利用日数 10日) □短期入所療養介護(最近3カ月の利用日数 日)											
	用		模多機能型												
	状	※居宅	サービス等	が充分に受けられない理由など特にありましたらお書きください。											
	況														
		□他施言	□他施設又は医療機関に入所・入院中であるが、退所後、行き場がない												
入		(理由)													
居		(, , ,													
申	日常	食 事	状 態	□自立 ☑見守り □一部介助 □全介助(経管栄養含む)											
込			嚥 下	□むせない ☑時々むせる □毎回むせる □トロミ剤使用											
者		排 泄	状態	□自立 □誘導・一部介助 ☑全介助											
0			種類	✓トイレ □ポータブルトイレ ✓リハビリパンツ使用 ✓オムツ □尿器□膀胱留置カテーテル □人工肛門 □その他()											
状	生	入 浴	状 態	□自立 □見守り □一部介助 ☑全介助											
況	一活動作		方 法	□一般浴 ☑リフト浴 □特殊浴 □シャワー浴 □清拭のみ											
		歩 行	状 態	□自立 □見守り □一部介助 ☑全介助											
			器 具	□杖 □手押し車 □歩行器											
	の状	その他	意思疎通 麻 痺	□十分可 ☑ある程度可 □相槌程度なら可 □不可 □無 ☑有 ⇒ □右上肢 □右下肢 ☑左上肢 ☑左下肢											
	況	CANIE	視力	□無											
			聴力	□聞こえる ☑聞こえにくい □補聴器使用 □聞こえない(□右耳 □左耳)											
		上記の	 中で特に	左片麻痺のためトイレでの介助時、立位動作が非常に困難である。介護者には腰痛が											
			いること等												
	認知	· ·	ヹなどによる 徊(室内を [*]	症状(頻繁にみられるもの)がある □認知症などによる症状はない 含む) □暴言や暴力がある □不潔行為(排泄物をいじるなど)											
				5d7 ロ											
	症な			している) □抑うつ状態(ふさぎこんでいる) □異食(食べ物以外を口にする)											
	症などの状			ある □大声や奇声を出す □物を集める、無断で持ってくる											
	状		どい物忘れ	□その他() 夜間時に目に見えないものが見えたりする。また、物忘れはひどく今言ったことや											
	況		いること等												
入		居宅で日	常生活を	営むことが困難なことについてやむを得ない事由は次のとおりです。											
居 申	胜		定である者	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みられ											
込 者	特例	る。 ロ 5m 55m	辛宝, 华州	章害等を伴い、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											
が	入	しかがにみら		早古寺を什い、日帝生佔に文庫を未りよりは征仏・11 期で息心味通り凶無己寺が頻繁											
要介	居		-	り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。											
護 1	の			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											
	申	での5 ※具体i		スや生活支援の供給が不十分である。 											
2 の	立		J1/\{\frac{1}{1}\big _{\text{L}}												
場				J											

	担当	介護习	支援専門	員氏名		事業所名	名			連絡先電話番号				
	初五	1庁 直報	か者の日	一一一一一	 白	Τ.	ПолПь	• III o • III	I b • W	• M				
	-		者の日常				I • П а • П b • Ш а • Ш b • IV • М J1•J2•A1•A2•B1•B2•C1•C2							
			ービス			J1								
担	【医	寮の状	況】											
当		□経管栄養 □胃ろう □在宅酸素 □インシュリン注射												
介	□その他(
護	<	<現在療養中の病気・主治医・特記事項等>												
支援														
専	-44		7 🗆	- X == U	E7 & 11		# E o ##) ==4^\	+ 2					
門	尨	意見等 入居の必要性、緊急性又は特例入居の要件に該当するかなどの意見を記入してください。												
員														
記入		この欄は担当の介護支援専門員に記入を依頼して下さい。												
欄)欄 <i>は</i>	担当の	介護文:	援専門員	に記入	を依頼	関して下さい。				
										J				
	※要	〔介護1	•2の方の)「特例ス	、居」の要値	生								
		①認知	症である者	疒であって	、日常生活	に支障をき				の困難さが頻繁にみられる。 引疎通の困難さ等が頻繁にみられる。				
		③家族	等による深	刻な虐待	が疑われる	ること等によ	り、心身の安全	全、安心の確	産保が困り					
					が不十分で		*). O 41 (C4) 27	W 4 (C& S)	<u></u>					
	入	居申	3 込	書 受	付 日	令和	年	月	日					
	入	居	決	定	目	令和	年	月	日					
施														
設														
記														
入欄														
17.3														