

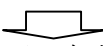
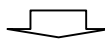
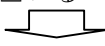
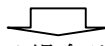
社会福祉法人園盛会 介護老人福祉施設入居申込書

入居申込み施設に○をご記入ください。※むさしの園には、従来型（個室 / 多床室）とユニット型があります。

多摩の里むさしの園 従来型：個室 <input type="checkbox"/> 多床室 <input type="checkbox"/>		多摩の里むさしの園 (ユニット型)		多摩の里けやき園 (ユニット型)	
施設 記入欄	受付NO	申込書受付年月日		施設見学受入日	
		H 年 月 日 (担当： )	窓口 郵送	H 年 月 日 (担当： )	関係

利用者本人	ふりがな			男・女	生年 月 日	明治 大正 昭和	年 月 日 (満 歳)		
	氏名					電話番号			
	住所								
	現在の 居所	自宅・老人保健施設・病院・その他 ( ) 施設・病院等名 ( ) 入所・入院日： 年 月 日							
	介護 保険	1・2・3・4・5・申請中 ( / 申請) 有効期間 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで							
	健康 保険	国保・社保・共済・後期高齢・その他 ( )			身体障害者 手帳	無・有 ( 級)			
	経済 状況	年金	国民・厚生・共済・老齢・基礎・障害・他			月額	円		
		手当	老人福祉・心身障害者福祉・重度心身障害者・他 ( )						
		公扶	生活保護・他 ( )						
		援助	配偶者・息子・娘・兄弟・他 ( )						
他収入		無・有 ( )							
身元 引受人	ふりがな			男・女	歳	利用者との続柄			
	氏名					連絡先	電話： 携帯：		
	住所	〒			連絡先	電話： 携帯：			
親 族 等	氏名	年齢	続柄	住所		連絡先			
						電話： 携帯：			
						電話： 携帯：			
						電話： 携帯：			
入所 申込 理由									

□にレ点をご記入下さい。

利用者本人について	お住まいについて	今のお住まいは <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅以外(具体的に: _____ )  自宅以外にお住まいの方は、戻る自宅が <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない			
	住宅問題について	<input type="checkbox"/> エレベーターのない集合住宅の2階以上に住んでいる <input type="checkbox"/> 自分の部屋がない <input type="checkbox"/> 自分の部屋とは別の階にトイレや風呂がある <input type="checkbox"/> 立ち退きを求められている <input type="checkbox"/> 家屋の老朽化(築30年以上)が著しい			
	日常生活動作	移 動		入 浴	
		<input type="checkbox"/> 車椅子にて全介助 <input type="checkbox"/> 独歩にて要介助 <input type="checkbox"/> 車椅子にて一部介助 <input type="checkbox"/> 独歩にて見守り <input type="checkbox"/> 機械浴利用 <input type="checkbox"/> 一般浴にて一部介助 <input type="checkbox"/> 車椅子にて自立 <input type="checkbox"/> 独歩にて自立 <input type="checkbox"/> 一般浴にて自立			
		食事摂取	食事形態	排 泄	意思の疎通
		<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> おかゆ <input type="checkbox"/> キザミ <input type="checkbox"/> ペースト	<input type="checkbox"/> オムツ使用にて要介助 <input type="checkbox"/> 紙パンツ等使用にて要介助 <input type="checkbox"/> 紙パンツ等使用にて	<input type="checkbox"/> 図れない <input type="checkbox"/> 簡単な内容は図れる <input type="checkbox"/> 図れる
特記事項					
精神状況	認知症的な言行動は <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない  認知症的な言行動がある方について <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 奇声 <input type="checkbox"/> 放尿・放便 <input type="checkbox"/> 情緒不安定 <input type="checkbox"/> 収集癖 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 自傷行為 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )				
特記事項					
健康医療	病名等: _____ 特記事項 _____				
主に介護している方について	介護をする方は <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない 				
	介護をする方がいる場合その方は <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病弱 <input type="checkbox"/> 高齢 <input type="checkbox"/> 病気で療養中 <input type="checkbox"/> 障害がある <input type="checkbox"/> 介護認定を受けている <input type="checkbox"/> 働いている(週 _____ 時間) <input type="checkbox"/> 働いていない <input type="checkbox"/> 育児中 <input type="checkbox"/> 本人以外にも介護している				
	介護者が利用者本人に対して <input type="checkbox"/> 暴力を振るう <input type="checkbox"/> 放置する <input type="checkbox"/> 縛ったり鍵を掛けるなどの拘束を行う				
	介護を手伝う方が <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない 				
介護を手伝う方がいる場合その方は <input type="checkbox"/> 親族 <input type="checkbox"/> 近所の方 <input type="checkbox"/> それ以外 ( _____ )					