|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受付 | 令和　年　月　日 | 担当者 |  | 受付番号 |  |

指定特定施設あおぞら八重垣入園申込書兼台帳

1、申込者（入園までのすべての連絡・照会先）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | ふりがな　　　　　　　　　　　男　女 | 本人との関係 |  |
| 申込者の職場名 | 電話 |
| 住所 | 〒　　　　　　　　　市　　　　　　　町 |
| 電話番号（携帯電話） |  | FAX |  | Eメール |  |

2、入園希望者（本人）の状況

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | ふりがな男女 | 介護保険者名 |  |
| 被保険者番号 |  |
| 生年月日 | MTS　年　月　日（満　　才） | 認定の日 | 令和　 年 　月 　日 |
| 認定期間 | 年　月　日から年　月　日まで | 要介護度 | 　要支援 要介護1　2　3　4　5 |
| 住所 | 〒県　　　　　　市　　　　　　町 |
| 電話番号 |  | 携帯電話番号 |  |
| 居所 | □自宅単身、□高齢者世帯、□異世代家族と同居、□他人と同居 |
| □入院・入所中病院・施設名 | 平成　年　月ころから入院所電話 |
| 申込の理由 | □介護する者がいないため□介護する者が、高齢、障害、疾病のため充分な介護が困難なため□介護者が就労しており、独居時間が長く、常時介護ができないため□介護者の身体的精神的負担が大きく充分な介護ができないため□家族が遠方に居住しており充分な介護ができないため□住環境の事情により充分な介護ができないため□施設・病院から退院退所を求められており自宅介護ができないため□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 本人意向 | □本人希望、□家族希望、□本人拒否、□知らない、□認知症理解困難 |
| □常時介護と見守りが必要である□昼夜逆転、徘徊等問題行動がある□寝たきりで食事排泄入浴全般の介助が必要□多少の一部介助と見守りが必要□ほとんど自立している□その他の事情で介助が必要（　　　　　　　　　　　　　） | □脳梗塞・脳出血等（　　年　　月頃発症）□糖尿病（　　年　　月頃発症）□心臓病・心不全等（　　年　　月頃発症）□腰椎・脊椎圧迫骨折等（　　年　　月頃発症）□大腿骨骨折（　　年　　月頃発症）□認知障害（　　年　　月頃発症）□癌＜部位　　＞（　　年　　月頃発症） |
| □意思疎通は良好である□難聴のため疎通困難□障害のため疎通困難□認知症のため疎通困難 | （特記事項） |

3、入園希望者（本人）の介護・医療の現状

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 利用している介護支援事業所 | 電話番号 | 担当の介護支援専門員名 | ふりがな |
| 在宅介護期間 | 年　　月頃から年　　月頃まで | 居宅サービス利用 | 有無（下欄にチェックする） |
| □訪問介護　□訪問入浴　□訪問看護　□訪問リハビリ　□居宅療養管理指導　□通所介護デイサービス　□通所リハビリデイケア　□短期入所　□ベッドなど福祉用具貸与□手すりなど住宅改造 |
| 医療機関名 | 　　　電話 | 担当医氏名 | 科科 |
| 担当ケアマネ |  | 担当看護師 |  |
| 継続している特別な医療の種別をチェックしてください |
| □経鼻栄養　□胃ろう　□腸ろう　（　　年　　月頃から）□在宅酸素療法　　（　　年　　月頃から）□インスリン自己注射　　（　　年　　月頃から）□ストーマ、ストーミイ　　（　　年　　月頃から）□尿管カテーテル留置　　（　　年　　月頃から）□中心静脈栄養　　（　　年　　月頃から）□人工透析　　（　　年　　月頃から）　　　　　　　　　　　□すべて該当無し |

4、介護についての希望（チェックをしてください。複数回答結構です）

|  |
| --- |
| □排泄のお世話を十分にしてほしい　□おいしい食事を提供してほしい　□入浴などで清潔保持に努めてほしい　□理美容に配慮してほしい　□立位・歩行訓練、リクリエーション、クラブ活動をしてほしい　□外泊・外出家族同伴を自由にさせてほしい　□終末までの充分な介護をしてほしい□筋力トレーニングをしてほしい　□本人が望むように気ままに暮らさせてほしい　□喫煙　□飲酒を認めてほしい　□認知症状を許してほしい　□本人とよく対話してほしい□その他（ご記入ください　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

5、入園申込書

利用料金その他入園に必要な事項について説明を受け了解しましたので、あおぞら八重垣に入園を申し込みます。

入園後の毎月の利用料金は当方口座より、島根銀行、又は山陰合同銀行の口座振替サービスにより支払います。介護保険の認定申請等の事務の代行をお願いします。

令和　　年　　月　　日

申込者住所

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

|  |
| --- |
| 上記の通り入園に同意し、入園を申し込みます。令和　　年　　月　　日入園予定者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |