

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	本人との関係		
	男 女	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	介護保険者名		
	男 女	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	<input type="checkbox"/> 自宅単身、 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯、 <input type="checkbox"/> 異世代家族と同居、 <input type="checkbox"/> 他人と同居			
	<input type="checkbox"/> 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	<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、疾病のため十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 介護者の身体的精神的負担が大きく十分な介護ができないため <input type="checkbox"/> 家族が遠方に居住しており十分な介護ができないため <input type="checkbox"/> 住環境の事情により十分な介護ができないため <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> その他 ()			
本人意向	<input type="checkbox"/> 本人希望、 <input type="checkbox"/> 家族希望、 <input type="checkbox"/> 本人拒否、 <input type="checkbox"/> 知らない、 <input type="checkbox"/> 認知症理解困難			
<input type="checkbox"/> 常時介護と見守りが必要である <input type="checkbox"/> 昼夜逆転、徘徊等問題行動がある <input type="checkbox"/> 寝たきりで食事排泄入浴全般の介助が必要 <input type="checkbox"/> 多少の一部介助と見守りが必要 <input type="checkbox"/> ほとんど自立している <input type="checkbox"/> その他の事情で介助が必要 ()		<input type="checkbox"/> 脳梗塞・脳出血等 (年 月 頃発症) <input type="checkbox"/> 糖尿病 (年 月 頃発症) <input type="checkbox"/> 心臓病・心不全等 (年 月 頃発症) <input type="checkbox"/> 腰椎・脊椎圧迫骨折等 (年 月 頃発症) <input type="checkbox"/> 大腿骨骨折 (年 月 頃発症) <input type="checkbox"/> 認知障害 (年 月 頃発症) <input type="checkbox"/> 癌<部位 > (年 月 頃発症)		
<input type="checkbox"/> 意思疎通は良好である <input type="checkbox"/> 難聴のため疎通困難 <input type="checkbox"/> 障害のため疎通困難 <input type="checkbox"/> 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)
<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 <input type="checkbox"/> 通所介護デイサービス <input type="checkbox"/> 通所リハビリデイケア <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> ベッドなど福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 手すりなど住宅改造			
医療機関名	電話	担当医氏名	科
担当ケアマネ		担当看護師	科
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 <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう (年 月頃から) <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 (年 月頃から) <input type="checkbox"/> インスリン自己注射 (年 月頃から) <input type="checkbox"/> ストーマ、ストーマイ (年 月頃から) <input type="checkbox"/> 尿管カテーテル留置 (年 月頃から) <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 (年 月頃から) <input type="checkbox"/> 人工透析 (年 月頃から) <input type="checkbox"/> 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）

<input type="checkbox"/> 排泄のお世話を十分にしてほしい <input type="checkbox"/> おいしい食事を提供してほしい <input type="checkbox"/> 入浴などで清潔保持に努めてほしい <input type="checkbox"/> 理美容に配慮してほしい <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 外泊・外出家族同伴を自由にさせてほしい <input type="checkbox"/> 終末までの充分な介護をしてほしい <input type="checkbox"/> 筋力トレーニングをしてほしい <input type="checkbox"/> 本人が望むように気ままに暮らさせてほしい <input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> 飲酒を認めてほしい <input type="checkbox"/> 認知症状を許してほしい <input type="checkbox"/> 本人とよく対話してほしい <input type="checkbox"/> 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

印

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

印