

第1号様式

# 入 所 申 込 み

年 月 日

指定介護老人福祉施設 施設長 様

住 所：

(フリガナ)

氏 名：

生年月日： 明・大・昭 年 月 日( 歳)

電話番号：

指定介護老人福祉施設

ローゼンヴィラ藤原 (従来型 個室)・ローゼンヴィラ藤原 (ユニット型)

に入所したいので関係書類を添えて申込みます。

身元引受人 (1)	氏 名		続柄	
	住 所			
	電話番号			
	日中連絡先			
身元引受人 (2)	氏 名		続柄	
	住 所			
	電話番号			
	日中連絡先			

備考・今後、施設からの連絡は、上記の身元引受人の方にいたします。

・申込書を提出する際には「介護保険被保険者証」のコピーを添付してください。

状況申告書

※空欄に記載、該当箇所に○印

入所希望者	氏名：		年齢：	歳	性別：	男・女
要介護状態区分	1・2・3・4・5	生年月日	明・大・昭	年	月	日
介護被保険者番号	市・区・町・村					
介護認定有効期間	平成 年 月 日～平成 年 月 日					
入所についての本人の意思	1. 希望している      2. 希望していない      3. 判断できない					
同居の家族構成	氏名	続柄	年齢	職業	日中連絡先	
同居以外の家族構成	※近親者の状況（同居以外の子供。子供がない場合は、兄弟、甥、姪）					
	氏名	続柄	年齢	職業	住所・連絡先	
主な介護者	氏名：		続柄：			
介護者の状況	1. 介護する人がいない。					
	2. 介護者が高齢である。（      歳）					
	3. 介護者が病弱である。（病名：      通院先：      ）					
	4. 複数の人を介護している。（他の要介護者氏名：      ）					
	5. 主たる介護者が生計中心者として働いている。					
	6. その他（      ）					

第3号様式

※空欄に記載、該当箇所に○印

氏名：			
本人の居る所	1. 自宅    2. 病院    3. 他施設（施設の種類）		
	4. その他（		
	自宅以外の 場合	名 称	
		所 在 地	
電 話			
特養への申込状況	・三山園    ・ワールドナーシングホーム    ・船橋梨香園    ・古和釜恵の郷 ・南生苑    ・船橋百寿苑    ・船橋あさひ苑    ・第2ワールドナーシングホーム ・ローゼンヴィラ藤原    ・さわやか苑    ・オレンジガーデン    ・船橋市朋松苑 ・船橋健恒会ケアセンター    ・習志野台みゆき苑    ・ひかりの郷    ・さくら館 ・プレーグ船橋    ・南三映    ・つばい愛の郷    ・三映館    ・たか音の社 ・船橋笑寿苑    ・みやぎ台南生苑    ・船橋健恒会ケアセンター南館    ・船橋愛弘園 ・その他（		
既往症名		治 癒 時 期	年 月
		治 癒 時 期	年 月
現在の主な病名		発 症 時 期	年 月～
		発 症 時 期	年 月～
糖尿病の方にお聞 きます	飲み薬                      無 ・ 有		
	インスリン注射            無 ・ 有 （    回/日）		
かかりつけの医療 機関 主治医師名等	医療機関名		
	電話番号		
	医療機関所在地		
	主治医氏名		
在宅サービスにつ いて	1. 利用している                      2. 利用していない		
	ケアマネジャー	事業所名	
		氏 名	
		連絡先	
利用中のサービス			
入所を希望する理 由	在宅で介護ができない状況をわかりやすく記入してください。		

第4号様式

※空欄に記載、該当箇所には○印

氏名：			
身体状況及び日常生活動作の状況	視力	1. 正常 2. 大きい字なら見える 3. ほとんど見えない 4. 全く見えない	
	聴力	1. 正常 2. 大声なら聞こえる 3. ほとんど聞こえない 4. 全く聞こえない	
	会話	1. 正常 2. やや不自由 3. ほとんど話せない 4. 全く話せない	
	歩行	1. 可能 2. 杖を使用して可能 3. 半介助 4. 全介助 (車いすの仕様：無・有 自走：可・不可 移乗：可・不可)	
	食事	1. 可能 2. 声かけ、見守りが必要 3. 半介助 4. 全介助 内容：1. 普通食 2. 粥 3. きざみ食 4. 流動食 5. 糖尿病食 6. 鼻腔栄養 7. 胃ろう 8. その他制限食 ( )	
	排せつ	1. 可能 2. 声かけ、見守りが必要 3. 半介助 4. 全介助	
	更衣	1. 可能 2. 声かけ、見守りが必要 3. 半介助 4. 全介助	
	入浴	1. 可能 2. 声かけ、見守りが必要 3. 半介助 4. 全介助	
	身体障害等	無・有(障害名 )	
	床ずれ	無・有(部位と大きさ )	
精神及び行動の状況	認知症の状況	正常・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M (ケアマネジャーに聞いてください)	
	下記の問題行動について、項目ごとに該当する数字を記入してください。 ・問題行動がない場合は「1」を記入 ・1か月に1回以上ある場合は「2」を記入 ・1週間に1回以上ある場合は「3」を記入		
	被害妄想になる		感情が不安定になる
	幻覚や幻想がある		暴言や暴行がある
	夜間不眠や昼夜逆転がある		徘徊がある
	大声や奇声を発する		不潔行為がある
	収集癖や盗癖がある		自傷行為が
	異食行為がある		嘘をつくことがある
	認知症等の状況や問題行動で困っている点を記入してください。		
	----- ----- -----		