

様式第1号

石川県 指定介護老人福祉施設入居申込書

申込者(連絡先)

申込日	平成 年 月 日
受付日	平成 年 月 日

〒	：	—
住所	：	
氏名	：	続柄()
電話	：	()

入居希望者の状況	申込先 (入居希望施設)	特別養護老人ホーム 第2千木園 □千木園へも申込む。		保険者	
	(フリガナ)		性別	被保険者番号	
	氏名		男・女	要介護度	
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 () 歳		要介護認定 有効期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで
	現住所	〒 —		TEL	()
	現況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らししている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設や病院に入っている 「施設や病院に入っている方」は記入して下さい。 ◇施設名又は病院名： _____ ◇所在地(市町村名) _____ ◇入所又は入院期間：平成 年 月 日から入所・入院している			
	介護者の状況	<input type="checkbox"/> 介護する者がいない。 <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」、「障害」、「疾病」、「複数の人を介護」等により十分な介護が困難。 <input type="checkbox"/> 介護者が就労していることから、十分な介護が困難。 <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困難。			
	入居希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入居したい <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日頃までに入所したい			
医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養(鼻腔など) <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> その他() 【現在治療中の病気・特記事項等】				
	【かかりつけ医】 医師氏名 _____ 医療機関名 _____ 医療機関所在地 _____ TEL ()				
	申込状況 <input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込む。 <input type="checkbox"/> 他の施設も申し込んでいる、又は今後他の施設も申し込む予定。 ◇既に申し込んでいる他の施設名() () () ◇今後申し込む予定の他の施設名() () ()				
主たる介護者	(フリガナ)		性別	本人との 関係	
	氏名		男・女	生年月日	明・大・昭 年 月 日
	同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している (住所：〒 — TEL —)			
意見	【介護しているうえで困っていること等】				
同意書	県又は市町から求められた場合には、これを提出することに同意します。 平成 年 月 日 氏名： _____ 印				

※「被保険者証(写)・直近1ヵ月分「サービス利用票及び別表(写)」を添付して下さい。

※入居申込の有効期間は、要介護認定の有効期間の満了日までの期間とします。

入居希望者状態表

平成 年 月 日 現在

ふりがな				性別	生年月日		年齢	要介護度				
氏名				男・女								
生活・職歴				趣味								
主な疾病				内服内訳								
特記事項												
身長	cm	体重	kg									
食事	主食	常飯・軟飯・粥・ミキサー・()			家族構成(☆キーパーソン)							
	副食	常菜・軟菜・キザミ・ミキサー										
	水分	牛乳・ヤクルト・その他()										
	治療食	要・不要	内容									
	道具	箸・スプーン・エプロン・その他()										
	むせ	よくむせる・ときどきむせる・むせない										
	摂食状況	自分でたべれる・見守りが必要・一部介助が必要・全て介助が必要										
特記事項												
起立・移動	起立状況	立ち上がれる・介助があれば立ち上がれる・立ち上がれない										
	使用品	杖・歩行器・車椅子・その他()										
	移動状況	自分でできる・見守りが必要・一部介助が必要・全て介助が必要										
	移乗状況	自分でできる・見守りが必要・一部介助が必要・全て介助が必要										
	転倒	よくころぶ・ときどきころぶ・ころばない	転倒歴	有・無	骨折歴	有・無						
	特記事項											
排泄	排泄方法	トイレ・ポータブル(常時・夜間のみ)・オムツ・その他()										
	排泄状況	自分でできる・見守りが必要・一部介助が必要・全て介助が必要										
	使用品	尿とりパット・紙パンツ・紙オムツ・その他()										
	特記事項											
整容	着脱状況	自分で着替えられる・見守りが必要・一部介助が必要・全て介助が必要										
	口腔ケア			義歯	有・無							
入浴	方法	座位式機械浴・臥位式機械浴・一般浴			自分で洗える・一部介助が必要・全て介助が必要							
認知症	夜間不眠	よくある・ときどきある・ない		徘徊	よくある・ときどきある・ない							
	異食	よくある・ときどきある・ない		大声を出す	よくある・ときどきある・ない							
	特記事項											
視力	よく見える・大きなものは見える・ほとんど見えない・まったくみえない			眼鏡	使用・未使用							
聴力	よく聴こえる・大きな声なら聴こえる・ほとんど聴こえない・まったく聴こえない			補聴器	使用・未使用							
その他												

介護支援専門員意見書

記入日 平成 年 月 日

入居希望者	(フリガナ)	男・女	〒	—
	明・大・昭 年 月 日 () 歳		連絡先	
上記入居希望者に関する意見は以下の通りです。				
介護支援専門員氏名 _____				
居宅介護支援事業所名 _____			TEL	— —
居宅介護支援事業所所在地 _____			FAX	— —

意見記入欄

※介護支援専門員がない場合は、添付は不要です。

※施設入所（入院）者の場合は、施設ケアマネージャー、相談員等の施設職員がお書き下さい。

様式第2号

石川県 指定介護老人福祉施設入居再評価申込書

(回目)

申込者(連絡先)

当初申込日	平成 年 月 日
申込日	平成 年 月 日
受付日	平成 年 月 日

〒 :	—
住所:	
氏名:	続柄 ()
電話:	()

申込先 (入居希望施設)		特別養護老人ホーム 第2千木園		保険者		
入居希望者の状況	(フリガナ)		性別	被保険者番号		
	氏名		男・女	要介護度		
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 () 歳		要介護認定期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	
	現住所	〒 —		TEL ()		
	再評価申込みの理由 (前回からの変更点等)	<input type="checkbox"/> 要介護度の変更 <input type="checkbox"/> 介護者の状況の変化 <input type="checkbox"/> 居宅サービス利用状況の変更 <input type="checkbox"/> 認知症の状況の変化 <input type="checkbox"/> その他個別の事情の変化 (具体的な内容等)				
入居希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入居したい <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日頃までに入居したい					
主たる介護者	(フリガナ)		性別	本人との関係		
	氏名		男・女	生年月日	明・大・昭 年 月 日	
	同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している (住所:〒 — TEL —)				
意見	【介護しているうえで困っていること等】					
同意書	県又は市町から求められた場合には、これを提出することに同意します。 平成 年 月 日 氏名: 印					

※「被保険者証(写)・直近1ヵ月分「サービス利用票及び別表(写)」を添付して下さい。

※入居申込の有効期間は、要介護認定の有効期間の満了日までの期間とします。