第１号様式

入所申込書

年　　月　　日

指定介護老人福祉施設　みやぎ台南生苑　施設長　様

住　　所：

(ﾌﾘｶﾞﾅ)

氏　　名：

生年月日：　　年　　月　　日(　　歳)

電話番号：

指定介護老人福祉施設みやぎ台南生苑に入所したいので、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。

第２号様式

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 ※1・2は第５号様式を添付	生年月日	年　月　日	
介護被保険者番号	市・区・町・村			
介護認定有効期間	年　月　日～　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。子供がいない場合は、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、該当箇所に〇印

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　・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 ・プレーゲ船橋　・南三咲　・つぼい愛の郷　・三咲館　・たか音の杜 ・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　・アグリ・ケアホームいこいの森　・ふなばし翔裕園 ・ケアホーム船橋　・太陽と緑の家藤原		
	・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します	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○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 （車いすの使用：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

被害妄想がある		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		自傷行為がある	
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。

第５号様式

※空欄に記載、該当箇所に〇印

氏名：	
特例入所の要件確認	要介護１又は２の方が入所するためには、下記のいずれかに該当することが必要です。 該当すると思われる項目に〇をつけてください。 １．認知症である者であって、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られる ２．知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られる ３．家族等による深刻な虐待が疑われる等により、心身の安全・安心の確保が困難である ４．単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である等により、家族等による支援が期待できず、かつ、地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分である

① 申込ご本人の生活歴（生い立ち）、性格的特徴、嗜好、趣味等をお書きください。

② 申込ご本人が施設介護を受ける上で、ご家族の考える（望む）ご本人の介護の理想とはどのような介護でしょうか。