

# 社会福祉法人樹の里 利用・入居申込書

受付日	受付
年 月 日	

下記の通り、利用を申し込みます。

利用 希 望 者	ふりがな		男	生年	大・昭	
	氏名		女	月 日	年 月 日 ( 歳)	
	住所	〒 - 自宅電話( ) -				
	被保険者番号				要 介 護 度	自立 要支援 1・2
	保険者名	瀬戸市・春日井市 その他( )				要介護 1・2・3 4・5
	認定の有効期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日				
	居宅介護 支援事業所			担当		
	樹の里で 利用を希望する サービス (複数希望可) ※□にレ印を記入	<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム(地域密着型施設を含む) <input type="checkbox"/> ショートステイ ***** 以下は瀬戸市内の事業所になります ***** <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅				
利用希望時期	・今すぐ    ・半年以内    ・1年以内    ・その他( )					

申 込 者 ( 第 一 連 絡 先 )	ふりがな		利用希望者 との続柄	
	氏名			
	住所	〒 -	携帯電話( ) -	
			自宅電話( ) -	
(第 二 連 絡 先 )	ふりがな		利用希望者 との続柄	
	氏名			
	住所	〒 -	携帯電話( ) -	
			自宅電話( ) -	

### 特別養護老人ホームの要介護1・2の特例入居について

要介護度1又は2の方が入居する為には、下記のいずれかに該当することが必要です。  
ご自身の判断で該当すると思われる項目に印を付けて下さい。

- 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が頻繁に見られる。
- 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。
- 家族等による深刻な虐待が疑われること等により心身の安全・安心の確保が困難である。
- 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。

※事務処理欄	

利用希望者等の状況（分かる範囲でご記入下さい）

※該当する □ にレ印のうえその状況をご記入ください。

居住状況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らしをしている	<input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている
	<input type="checkbox"/> 医療機関に入院中 病院名: _____	入院した時期: _____
	<input type="checkbox"/> 施設に入居している施設名: _____	入居した時期: _____
認知症等 による症状	<input type="checkbox"/> あり いつ頃から・・・ <input type="checkbox"/> なし	
	(以下の具体的な行動、発生頻度にチェックを入れて下さい)	
	<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )	
	<input type="checkbox"/> ほとんど毎日 <input type="checkbox"/> 週3～4回 <input type="checkbox"/> 週1～2回 <input type="checkbox"/> 月に数回程度	
医療に 関する 状 況	現在治療中の病気 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 病名: ( _____ )	
	特別な医療的対応 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (該当するものにチェックを入れて下さい)	
	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> ハルーンカテーテル <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )	
	健康上に関する特記事項	
	かかりつけ医	飲んでいる薬 例: 血圧を下げる薬、睡眠薬など
	過去にかかった病気	
介護に 関する 状 況	食事摂取	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	排 尿	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	排 便	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	入 浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	歩 行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ※ 杖歩行   シルバーカー   車椅子   その他 ( _____ )
	衣服着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	視 力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや見えにくい <input type="checkbox"/> かなり見えにくい <input type="checkbox"/> 全く見えない
	聴 力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや聞こえにくい <input type="checkbox"/> かなり聞こえない <input type="checkbox"/> 全く聞こえない
	意思疎通	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや伝えにくい <input type="checkbox"/> かなり伝えにくい <input type="checkbox"/> 全く伝わらない
	麻痺・拘縮	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 部位 ( _____ )

## 主たる介護者の状況

※該当する□にレ印のうえその状況をご記入ください。

主たる介護者の状況	ふりがな		性別	男 女	生年月日	大・昭・平 年 月 日 ( 歳 )	続柄	
	氏名							
	居住関係	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 (住所: ) 入居希望者宅までの所要時間 (約 時間 分) 入居希望者宅までの主な交通手段 ( )						
	就労状況	<input type="checkbox"/> 就労していない <input type="checkbox"/> 就労している (週 日、週 時間程度)						
	健康状態	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病弱・要入院加療 ( か月程度・病名 ) ・入院はしていないが継続的な治療を要する・病名 ( ) ・慢性疾患等で定期的に通院中 ・病名 ( )						
	身体状況	<input type="checkbox"/> 障害有 ( 級・障害の種類: ) <input type="checkbox"/> 無						
	要介護度	<input type="checkbox"/> 有 (要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 ) <input type="checkbox"/> 無 ※該当するものを○で囲んでください。						
他に対応を要する家族の有無	<input type="checkbox"/> 他に対応を要する家族はいない <input type="checkbox"/> 育児に必要な家族がいる (子供の年齢 歳) <input type="checkbox"/> 3か月以上看病(付添)に必要な家族がいる (自宅療養中・入院中) <input type="checkbox"/> 入居希望者以外に介護に必要な家族がいる (要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 ) ※該当するものを○で囲んでください。 <input type="checkbox"/> 介護に必要な障害を有する家族がいる ( 級・障害の種類: )							
介護協力者の有無	<input type="checkbox"/> 協力してくれる人はいない <input type="checkbox"/> 親族以外の協力者(近隣者など)がいる <input type="checkbox"/> 同居以外の親族に協力者がいる <input type="checkbox"/> 同居親族に協力者がいる							
※在宅生活が困難な状況や、介護をしていて困っていること等その他特記すべき事項をお書きください。								

入居希望者の親族の状況

同居の家族 ※入居希望者本人については記入不要です。					
氏名		生年月日	大・昭・平・令 年 月 日	続柄	
				職業	
氏名		生年月日	大・昭・平・令 年 月 日	続柄	
				職業	
氏名		生年月日	大・昭・平・令 年 月 日	続柄	
				職業	
氏名		生年月日	大・昭・平・令 年 月 日	続柄	
				職業	
氏名		生年月日	大・昭・平・令 年 月 日	続柄	
				職業	

近親者の状況			
配偶者	子	孫	
本人			
兄弟姉妹	甥姪	その他	