

特別養護老人ホーム天神の杜・第二天神の杜 入居申込書類

受付

① 入居希望ご本人様	ふりがな		性別	いずれか○印	生年月日	↓ いずれか○印		
	氏名			男・女		明治 大正 昭和	年	月
	住所	〒 -		電話番号	- -			

入居希望施設 入居申込の希望施設について、○をつけてください。

1 天神の杜 2 第二天神の杜 3 両方

② 入居申込者

入居希望ご本人様が入居申込者の場合、住所・電話番号の記入は不要

特別養護老人ホーム天神の杜・第二天神の杜への入居申込を行います。
また、入居申込書類の記載内容に間違いはございません。

記入日	年 月 日	ふりがな		Ⓜ	入居希望ご本人様との続柄
		氏名			
住所	〒 -		電話番号	- -	

③ 問い合わせ先

入居申込者が問い合わせ先の場合、③の記入は不要

ふりがな		入居希望ご本人様との続柄
氏名		
住所	〒 -	
	電話番号	- -

ここからは、ケアマネジャーまたは相談員の方に記入をお願いします。

事業所名称		氏名 (ケアマネジャー ・相談員)	ふりがな
住所	〒 -		電話番号
			- -
			ファックス 番 号
			- -

入居希望への意見

ここからは、入居希望ご本人様に関するご質問となります。

④ 保険・年金関係	介護保険認定の有効期間	年 月 日 ~						年 月 日					
	介護保険被保険者番号												↓ 該当するものに○
	介護保険者番号							要介護度	1	2	3	4	5
	年金の種類	該当する年金の種類、給付事由に○をつけてください。											
	国民年金	給付事由					老齢(退職) ・ 障害 ・ 遺族						
	厚生年金						老齢(退職) ・ 障害 ・ 遺族						
	共済年金						老齢(退職) ・ 障害 ・ 遺族						

⑤ 現在の状況

・ **居宅(在宅)におられる方**

ご本人様の生活状況であてはまるものに○をつけてください。
7の「その他」に○をされた方は、()内に生活状況を書いてください。

- 1 独居 2 昼間(日中)独居 3 常時同居者がいる
- 4 ケアハウス 5 高齢者専用賃貸住宅 6 (介護なし)有料老人ホーム
- 7 その他()

・ **施設もしくは病院におられる方**

ア ご本人様の生活状況であてはまるものに○をつけてください。

- 1 施設に入所中 2 病院に入院中 3 その他()
- (「施設」：特別養護老人ホーム・(介護付き)有料老人ホーム・グループホーム・介護老人保健施設)

イ 記入日までの1年間に利用された、施設・医療機関名称とその期間を書いてください。
(ショートステイは含みません)

施設・医療機関名称	期 間
	年 月 日 ~ 年 月 日
	年 月 日 ~ 年 月 日
	年 月 日 ~ 年 月 日
	年 月 日 ~ 年 月 日

⑥ 在宅サービスの利用状況

・ **記入日の前月に、居宅サービスを利用されましたか。**

- 1 はい 2 いいえ



【 居宅サービスの例 】

ショートステイ・通所介護(デイサービス)・訪問看護
訪問入浴介護・通所リハビリテーション(デイケア)
訪問介護(ホームヘルパー)・訪問リハビリ等

※ 1の「はい」に○をされた方は、記入日の前月の『サービス利用表別表』(写し)をご提出ください。

⑦ 医療関係

・ **かかりつけ医について、下の表に記入をお願いします。**

医療機関名称	医師名	電話番号
		— —

・ **かかりつけ医以外に現在受診されている場合は、下の表に記入をお願いします。**

医療機関名称	診療科目(内科・外科等)	症状・受診内容等

・ **今までにかかれたご病気があれば、()内に記入してください。**

()

・ **身長と体重を記入してください。身長()cm 体重()kg**

・ **ご本人様の状況について該当するものに○をつけてください。
その他の状況があれば、()内に記入してください。**

- 1 経管栄養【経鼻・胃ろう・腸ろう】 2 在宅酸素 3 褥瘡の処置
- 4 インシュリン注射【自己注射可・自己注射不可】 5 透析
- 6 点滴・注射 7 人工肛門の処置 8 導尿カテーテル
- 9 その他()

⑧ ご本人様の具体的な状況について	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 食事について <ul style="list-style-type: none"> 1 自分ひとりで食べられる 2 一部の介助を必要とする 3 すべて介助してもらわないと食べられない ▪ 尿意について <ul style="list-style-type: none"> 1 ある 2 ときどきある 3 ない ▪ 排尿時について <ul style="list-style-type: none"> 1 自分ひとりでできる 2 一部の介助を必要とする 3 すべて介助してもらう ▪ 便意について <ul style="list-style-type: none"> 1 ある 2 ときどきある 3 ない ▪ 排便時について <ul style="list-style-type: none"> 1 自分ひとりでできる 2 一部の介助を必要とする 3 すべて介助してもらう ▪ 椅子においてどれ位の時間座位を保つことができますか。 <ul style="list-style-type: none"> 1 全くできない 2 30分以内 3 30分～1時間 4 1時間以上 ▪ 現在、車椅子を使っておられますか。 <ul style="list-style-type: none"> 1 はい 2 いいえ <p style="margin-left: 40px;">1の「はい」に○をつけた方にお尋ねします。 ベッドから車椅子、車椅子から便座に移る時について、該当するものに○をつけてください。</p> <ul style="list-style-type: none"> 1 自分ひとりでできる 2 一部の介助を必要とする 3 すべて介助してもらう ▪ ご本人様の認知症状で該当するものに○をつけてください。 その他の認知症状がある場合は、()内に記入してください。 <ul style="list-style-type: none"> 1 物忘れ 2 徘徊 3 昼夜逆転 4 暴言 5 暴力 6 異食 7 物取られ妄想 8 収集癖 9 その他()
⑨ ご記入事項	<p>ご本人様に関する事で、質問内容でご記入できなかったこと、質問以外の内容等があればお書きください。</p>

ここからは、ご家族様に関するご質問となります。

中心的に介護しておられる方(主たる介護者)に「◎」印、
主たる介護者を補助しておられる方(従たる介護者)には「○」印を、「介護」欄に記入してください。

⑩ 同居の ご家族様	氏名(ふりがな)		年齢	ご本人様との続柄	職業	介護	

⑪ 同居 以外 のご 家族 様	氏名(ふりがな)	続柄	職業	住所	電話番号	介護
				〒 -	- -	
				〒 -	- -	
				〒 -	- -	
				〒 -	- -	
				〒 -	- -	

⑫ ご家族様の介護の状況

・ **主たる介護者がおられる方**

ア 記入日現在の、主たる介護者の年齢・1週間の勤務時間を書いてください。
年齢() 1週間の勤務時間()時間

イ 主たる介護者がされている介護に○をつけてください。
該当する項目がない場合は、()内に介護内容を記入してください。

1 食事介助 2 オムツ交換 3 更衣介助 4 入浴介助
5 掃除 6 調理 7 洗濯 8 買い物
9 その他()

ウ 主たる介護者に介護困難なご事情がある場合は、該当するものに○をつけてください。
該当するものがなければ、()内に記入してください。

1 病気 2 障がいを持っている 3 ご本人様以外を介護している
4 育児 5 その他()

・ **施設もしくは病院におられる方**

面会を中心的にされている方について記入してください。

ご本人様との続柄() 面会の頻度()
面会時にされていること()
他に面会に行かれる方のご本人様との続柄()

⑬ ご記入事項

入居ご希望の理由、ご家族に関する質問でご記入できなかったこと、質問以外の内容等があればお書きください。

ご協力ありがとうございました。添付資料とともにご提出ください。

【 添付資料 】 ①サービス利用票別表(写) ②介護保険被保険者証(写)

特別養護老人ホーム 天神の杜
〒617-0824 京都府長岡京市天神二丁目3番10号
TEL 075-959-1230/FAX 075-955-1273

特別養護老人ホーム 第二天神の杜
〒617-0853 京都府長岡京市奥海印寺竹ノ下19番地
TEL 075-959-1220/FAX 075-957-2112

ホームページアドレス <http://www.tenjin-no-mori.or.jp>