

# 指定介護老人福祉施設樹の里 サービス利用申込書

指定介護老人福祉施設 樹の里  
施設長 殿

申込年月日	令和 年 月 日	受付担当印
受付年月日	令和 年 月 日	

次の通り、「指定介護老人福祉施設樹の里」を利用したいので、関係書類を添えて申込します。

申込者	フリガナ				続柄	
	氏名					
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日生 ( 歳)				
	住所					
	電話番号					

ご利用希望者	フリガナ				性別	男・女
	氏名					
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日生 ( 歳)				
	住所					
	電話番号					

同居家族	氏名	続柄	生年月日	職業

身元引受人	フリガナ				続柄	
	氏名					
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日生 ( 歳)				
	住所					
	電話番号 携帯電話					

申込区分	① 老人福祉施設	② 短期入所生活介護	
現在の状況	施設・入院 在宅サービス		
主治医		診断名	
介護保険	保険者番号	0 2	被保険者番号
	要介護区分	経過的要介護・要支援1・要支援2・要介護 ( ) ※	
	認定年月日	年 月 日	
	有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
医療保険	国保・社保・共済・生保	記号	番号
後期高齢	有り・無し	3 9	被保険者番号
身障手帳	有り・無し	種 級 障害名 ( )	
精神手帳	有り・無し		

※ 要介護1または2の方で申込区分①の場合、別記様式「特例入所申込理由書」を添付ください

日常生活の状況について、あてはまるものを○で囲い、必要事項の記入をお願いします。

食 事	主 食	ご飯 ・ お粥 ・ ミキサー ・ 重湯 ・ その他( )
	副 食	普通 ・ 1口大 ・ きざみ ・ ミキサー ・ その他( )
	好き嫌い	無 ・ 有( )
	制限食	無 ・ 有( )
	注入食	無 ・ 有( )
	摂 取	自立(箸・スプーン・フォーク・その他)・見守り・一部介助・全介助
	むせ込み	無 ・ 有( )
口 腔	状 態	自歯 ・ 部分入れ歯(上・下) ・ 総入れ歯(上・下) ・ 入れ歯なし
	歯 磨 き	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ 歯ブラシ ・ その他( )
	う が い	不可 ・ 可
排 泄	動 作	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助
	場 所	トイレ ・ ポータブル ・ 尿器 ・ オムツ ・ その他( )
	使 用 物	布パンツ(日中・夜間・常時) ・ リハビリパンツ(日中・夜間・常時) 紙オムツ(日中・夜間・常時) ・ パッド(日中・夜間・常時)
	そ の 他	尿意(有 ・ 無) ・ 便意(有 ・ 無) ・ 失敗(有 ・ 時々 ・ 無) 排便状況( 回 / 日 ) 下剤服用(有 ・ 無) 浣腸(有 ・ 無)
着 替 え	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助	
入 浴	動 作	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ していない
	形 態	普通浴 ・ シャワー浴 ・ 機械浴( ) ・ 清拭
寝 返 り	できる ・ つかまればできる ・ できない	
起 き 上 が り	できる ・ つかまればできる ・ できない	
座 位	できる ・ つかまればできる ・ 背もたれが必要 ・ できない	
立 位	できる ・ つかまればできる ・ できない	
移 動	歩 行	できる ・ つかまればできる ・ できない
	自 助 具	無 ・ 有(杖 ・ 歩行器 ・ 車椅子(自操 ・ 介助) ・ その他
認 知 症	無 ・ 有(軽度 ・ 中度 ・ 重度 ・ 分からない)	
意 思 伝 達	伝えられる ・ 時々伝えられる ・ ほとんど伝えられない	

身体機能について、あてはまるものを○で囲い、必要事項の記入をお願いします。

麻 痺	無 ・ 有(右 ・ 左)
関節のこわばり	無 ・ 有(肩関節 ・ 股関節 ・ 膝関節 ・ その他)
障 害	無 ・ 有(言語 ・ 嚥下 ・ 視力(右 ・ 左) ・ 聴力(右 ・ 左) (その他 )

精神状態について、あてはまるものがあれば、□にチェック(レ点)をお願いします。

<input type="checkbox"/> 徘徊がある <input type="checkbox"/> 外出すると戻れない <input type="checkbox"/> 被害的な訴えがある <input type="checkbox"/> 作り話をする <input type="checkbox"/> 感情不安定 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 同じ話をする <input type="checkbox"/> 大声を出す <input type="checkbox"/> 介護に抵抗 <input type="checkbox"/> 落ち着きがない <input type="checkbox"/> 1人で出たがる(目が離せない) <input type="checkbox"/> 色々な物を集める <input type="checkbox"/> 物や衣類を壊す <input type="checkbox"/> ひどい物忘れ <input type="checkbox"/> 独り言・独り笑い <input type="checkbox"/> 自分勝手に行動する <input type="checkbox"/> 話が止まらない(話がまとまらず会話にならない)
---

同意書(本人または代筆者)

介護保険サービスの円滑な運営を支援するため、県または市町村から要請があった場合または入所決定に関して保険者へ報告および意見を求める必要がある場合は、当施設が保有する入所申込みに関する情報を提供することに同意します。

令和 年 月 日 氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_