

# 入所・入居希望 申込書

希望施設【 ユニット ・ 従来 】

申込日 令和 年 月 日

ご本人様	ふりがな			男・女	生年月日	M・T・S	年	月	日	( 歳 )	
	氏名	様				要支援	1	2			
	住所	〒			TEL						
	介護保険証被保険者番号										
	負担割合証	1	2	3 (割)	負担限度額認定証	1	2	3	4 (段階)	生活保護	有・無
お申込者様	ふりがな			続柄							
	氏名	様			TEL						
	住所	〒			携帯						

## 身体状況及び日常動作の状況

現在の状況	<在宅> 独居 ・ 家族と同居 その他 ( ) <施設> 老健 ( ) ・ 病院 ( ) ・ その他 ( ) 外来受診 ( 有 ・ 無 )
利用しているサービス	訪問介護 ( /週 ) ・ 通所介護 ・ 通所リハビリ ・ ショートステイ ・ その他 ( )
既往歴・現病	
認知症状	徘徊・暴言・暴力・不潔行為・拒否及び抵抗・収集・昼夜逆転 ・ 感情不安定・過食・異食・幻聴・幻覚・自殺願望・抑うつ
医療	・ バルーンカテーテル ・ 在宅酸素 ・ 胃ろう ・ インスリン ・ ストマ ・ ペースメーカー ・ 痰吸引

※裏面のご記入もお願いいたします。

	現状	使用用具 利用サービス	備考
視力	普通・悪い	眼鏡・その他	
聴力	普通・悪い	補聴器・その他	
言語	明瞭・不明瞭		
意思疎通	普通・不明瞭		
移動	自立・介助	杖・歩行器・車椅子・その他	
入浴	自立・介助	一般浴・機械浴	
整容	自立・介助	意欲あり・意欲なし	
食事	自立・介助	義歯・その他	食事形態 禁食
薬	朝食(前・後) 昼食(前・後) 夕食(前・後) 眠前 その他( )		
排泄	自立・介助	オムツ・リハパン・パット	
着脱衣	自立 ・ 一部介助 ( ) ・ 全介助 ( )		
その他・注意事項			
ご本人・ご家族の希望・一日の過ごし方			

担当ケアマネージャー様	事業所名		TEL	
	氏名		FAX	
生活保護世帯	福祉事務所		TEL	
	氏名		FAX	

【申込書送付先】 社会福祉法人武蔵野会 慶櫻美原の森特別養護老人ホーム  
〒270-0103 千葉県流山市美原3丁目4番地2外  
TEL:04-7170-0802