## 特別養護老人ホーム まきの苑 入所申込書

受付日	年	Ξ.	月	日	受仕	
受付No.	No.				者	

名	ふりがな	`							男	生年	M	• T	• S		
前									女	月 日			年 (	月	日 歳)
住	〒														
所															
現況	□ 在宅生								医と同.	居をし	てい	る			
介護	□ 施設· 要介護度					-				<u>.</u>	H	E a		) 	П
護保険		介護度 1 · 2 · 3 · 4 · 5 有効期限 年 月 日~ 年 月 日 担割合証 □ 1割 □ 2割 □ 3割										Н			
情報	限度額認定証 口有( 段階) 口無														
年	年金等 国民年金 ・ 厚生年金 ・ 共済 ・ 恩給 ・ その他(生活保護・								)						
主	主治医 医療機関: 医師名:														
	病名発症時期・治療状況等医療機関														
HIT.															
既往															
歴															
現															
病															
名															
			食	事摂取	□ 自	<u>1,                                    </u>	□見	守り		一部	介助		□全部	3介助	
					(	食事の種	重類)	(主食)							
			排		口自	<u> </u>		<u>(副食)</u> 部介助	□ 常	<u>食 □</u> □ 全			キサー	ロセリ	_
				1122	(	おむつの	使用)	ロな	L	□昼	夜	口夜	えのみ		
É	身体の状況		入	浴	口自			部介助		□全		助			
>			更移	衣 動	自自自	<u> </u>	□見	守り 守り		一部分一部分			□全部		
			侈	到	1	业 歩行)		可り かまり歩							ŋ
			視	力	□普	通	ロや	や悪い			人の	動きか	ぶわかる	程度	
			聴	力	□普	通	ロや	や悪い			大声	が聞き	取れる		
			言	語	一普			き取りに	•			取れた	2V /		
							-	日常生活					アルバー	<b>ૐϯ</b> ͺͿͺͺ	スセフ
認知症・精神の状況				] 日常生活に支障があるような症状が見られるが誰かが注意していれば自立できる											
													サックニョ	žL.	
							·声、摂食 ·は、その								
				V V (V)	大小月年十	平口 (17 (0)	/ ·シ <i>勿</i> / ロ	14, (0)	・シスクレン	1 岁只区	<b>寸</b> でき	≺ I+, Η, ?	八一口口甲人		v ·o
			•												
			•												

	□胃ろう □インスリン注射 □ストーマ (人工肛門) □自己導尿
医療の	□ □ 尿バルーン □ 酸素療法 □ 喀痰吸引 □ その他 ( )
	※透析、中心静脈栄養等の医療行為が必要な方は入所できません。
	医療の状況によっては対応できない場合がありますので、お問い合わせください。
入所を希望	では、 マープ (1) では、
□介護者が	ぶいない為 □ 介護するものが「高齢」「障害」「疾病」等により十分な介護が困難な為
□介護者が	が就労していることから、十分な介護が困難なため
□ 介護者の	○身体的・精神的負担が大きいため □ 居住環境の事情により十分な介護が困難なため
□施設や病	<b>病院等から退所を求められているが、自宅での介護が困難なため</b>
□ 介護保険	食の居宅サービス給付の区分支給額を超えており、経済的負担が大きいため
□その他	
□ 早急に入	人所したい □ 順番が来たら入所したい
生活歴・そ	の他
h.u	
性格	
趣味	
居宅事業所	
電話番号	
居室の希望	
□多床室	・ □従来型個室 □ユニット型個室(ラコントレ) □ユニット型個室(認知症専用棟)
□夕州至	口促木空间至 ロユーット空间至(ノコントレ) ロユーット空间至 (認知症等用体)
◎ 連絡先	(入所にあたり、今後、連絡をさせていただきます。電話につきましては、必ず連絡のつく 自宅・携帯の番号をご記入下さい)
氏	名                (続柄)
郵便者	番号  〒
住	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
電	話 ( )
	带電話) 
備考	

<sup>※</sup> 今後、施設への入所を円滑にすすめ、介護保険施策の参考とするため、この申込書の内容を必要に応じて

行政機関(保険者である市町村、もしくは奈良県)に報告することがあります。 ※要介護度など要件や他施設へ入所されるなどの状況に変化があった場合は、すぐに施設へお知らせください。 特別養護老人ホーム まきの苑 TEL0747-22-5511