

特別養護老人ホーム鳳仙寮入所申込書兼調査書（1）

申込日 令和 年 月 日

申請者	ふりがな											入居申込者との関係	配偶者・子・その他（ 〔同居・別居〕）												
	お名前																								
	ご住所	〒										連絡先電話番号	自宅携帯												
ふりがな												性別	生年月日		年 月 日					歳					
入所申込者ご本人のお名前																									
被保険者番号													要介護度	1	2	3	4	5	保険料段階	1	2	3	4	5以上	不明
ご本人のご住所		〒										現在の生活状況	独居・同居者がいる（ ）												
緊急連絡先	氏名	続柄			住所										電話番号										
					〒																				
					〒																				
主に介護している方について		介護している方 <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる（名前 続柄 年齢 歳） 介護している方がいる場合、 主介護者の健康状態： <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病弱 <input type="checkbox"/> 病気で療養中 <input type="checkbox"/> 障害がある 主介護者の就労の有無： <input type="checkbox"/> 働いている（ <input type="checkbox"/> フルタイム、 <input type="checkbox"/> パートタイム） <input type="checkbox"/> 働いていない																							
介護援助について		主介護者以外に介護を手伝う方が <input type="checkbox"/> いない、 <input type="checkbox"/> いる（名前 年齢 続柄）																							
お住まいについて		ご自宅は、ある（ <input type="checkbox"/> 持家・ <input type="checkbox"/> 賃貸）、 <input type="checkbox"/> ない、 <input type="checkbox"/> その他（ ）																							
介護する上での住宅の問題について		<input type="checkbox"/> エレベーターのない集合住宅の2階以上に住んでいる <input type="checkbox"/> 自分の部屋がない <input type="checkbox"/> 家屋の老朽化が激しい <input type="checkbox"/> トイレやお風呂の利用に著しい障害がある <input type="checkbox"/> 問題ない <input type="checkbox"/> 立ち退きを求められている（時期）																							
ご本人の状態に当てはまるもの		認知症の症状について <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他（ ） 医療器具を使っている <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> じょく瘡（床ずれ） <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工膀胱 <input type="checkbox"/> その他（ ） 病気がある（具体的な病名）																							
ご自宅以外で介護や治療を受けている場合		現在いらっしゃるの、病院・老人保健施設・介護医療院・グループホーム・有料老人ホーム その他（ ） ○施設の名称（ ）○所在地（ ） ○入所・入院開始日 年 月 日 ○自宅を離れてからの期間（約 年）																							
ケアプランなどについて		担当介護支援専門員（ケアマネージャー）は、 <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない 介護支援専門員の氏名（ ）事業所名（ ）																							
申込理由																									

私は、貴施設の入所に関する方法や手続きについて説明を受けました。この申込書にある内容を保険者・地域包括支援センター・指定するケアマネージャーへ提供することに同意します。

氏名 _____

施設受付日	令和 年 月 日	受付番号		担当者	
-------	----------	------	--	-----	--

特別養護老人ホーム鳳仙寮入所調査書（2）

他の施設の申込について	他の施設に、 <input type="checkbox"/> 申込している <input type="checkbox"/> していない （施設名にチェック・記入願います） 府中市内： <input type="checkbox"/> あさひ苑 <input type="checkbox"/> 信愛泉苑 <input type="checkbox"/> 信愛緑苑 <input type="checkbox"/> よつや苑 <input type="checkbox"/> 安立園 <input type="checkbox"/> たちばなの園白糸台 <input type="checkbox"/> わたしの家府中 <input type="checkbox"/> 若松苑 <input type="checkbox"/> 明日に架ける橋 府中市外： <input type="checkbox"/> ちょうふの里 <input type="checkbox"/> いなぎ正吉苑 <input type="checkbox"/> フラワープラム <input type="checkbox"/> みやま大樹の苑 <input type="checkbox"/> 聖明園富士見荘 <input type="checkbox"/> 聖明園寿荘 <input type="checkbox"/> 杜の園 <input type="checkbox"/> やすらぎの家 <input type="checkbox"/> くにたち苑 その他（具体的な施設名）
他のサービスの利用について	鳳仙寮ショートステイを、 <input type="checkbox"/> 利用してもよい 鳳仙寮デイサービスを、 <input type="checkbox"/> 利用してもよい

入所の意味や本人・家族の理解について

入所意思 「入所が可能となった場合 の入所の時期」	<input type="checkbox"/> すぐに入所したい <input type="checkbox"/> 他の施設と比べてから決めたい <input type="checkbox"/> すぐに入所する気はない（将来入所したい）
※「すぐに入所したい」と記入された方は、入所の優先度は高くなりますが、入所判定会議で入所が可能となった場合、7日以内の必要書類の提出が必要となります。	
本人・家族の入所への理解 「本人・家族の入所への理 解は得られていますか」	<input type="checkbox"/> 修解しており、入所に問題はない <input type="checkbox"/> 入所が可能になった時に話し合う予定 <input type="checkbox"/> まだ十分に理解していない
経済状況	<input type="checkbox"/> 入所後の生活は困らない <input type="checkbox"/> 経済状況に余裕はない <input type="checkbox"/> なんらかの支援を受ける予定又は受けている （
現在治療中のご病気があればご記入下さい	例）肺炎治療中、骨折手術後リハビリ中…等
医療処置を受けていますか	じょくそう、胃ろう、人工肛門、インスリン注射、 点滴、人工透析等、酸素吸入（他：
※特養には常駐する医師や夜間看護師がおりませんので、医療ニーズが高い方（インスリン注射・点滴・人工透析・酸素吸入等）の入所は受け付けておりません。	
身体拘束の状況	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり { ベルト固定・つなぎ着用・手袋 [その他（

要介護1・2は下記のいずれかの該当が必要です

- 認知症があり日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられる。
- 知的障がい・精神障がい等を伴い、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられる。
- 家族等による深刻な虐待が疑われる等により、心身の安全・安心の確保が困難な状況である。
- 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。

***施設見学は随時受け付けております。電話にてご連絡の上お越しください。**

電話 042-360-1353