

めぐみの里入所申込書を「郵送」する場合のお願い

以下の書類も合わせて送付ください。

- ・介護保険被保険者証のコピー
- ・介護保険負担割合証のコピー
- ・介護保険負担限度額認定証（お持ちの方）のコピー
- ・安房地域共通診断書（お持ちの方）のコピー

申込書が到着後に、内容確認のため申込者の方へ連絡をいたします。

社会福祉法人太陽会 特別養護老人ホームめぐみの里
〒296-0124 千葉県鴨川市大幡 1222 番地 1
電話 04-7098-1000

申込者(連絡先)今後、郵便物などはこの連絡先にお送りさせていただきます。

申込日	年 月 日
受付日	年 月 日

〒 :		
住所 :		
氏名 :	続柄 :	
電話 :		
携帯 :		
メールアドレス :		

※希望される施設にチェックをしてください。

<input type="checkbox"/> 多床室 特別養護老人ホームめぐみの里
<input type="checkbox"/> 個室 地域密着型特別養護老人ホームめぐみの里(ユニット型)

特別養護老人ホームに入所したいので、次のとおり申し込みます。

申し込み先 (入所希望施設)	社会福祉法人太陽会 特別養護老人ホームめぐみの里										
入所希望者の状況	(フリガナ)									性別	
	氏名									男・女	
	生年月日	大・昭 年 月 日()歳	電話番号								
	現住所	〒 —									
	介護保険	要介護度		被保険者番号							
		□1 □2 □3 □4 □5 □区変中									
		設定期間	年 月 日から		年 月 日まで						
		介護保険負担割合証		□1割 □2割 □3割							
	介護保険負担限度額認定証		□未申請 □1段階 □2段階 □3段階 □4段階								
	医療保険	□後期高齢 □国保 □社会保険 □共済 □船員 □その他()									
生活保護	□なし □あり										
障害手帳	□なし □あり										
	□身障(種 級:障害名 □精神(級) □療育()										

本人の収入	年金:	月額:	
	年金:	月額:	
	その他:	月額:	
	その他:	月額:	
担当ケアマネ	事業所名		
	担当者名		
現在利用しているサービス等	サービス名	回数	施設名
	<input type="checkbox"/> 訪問介護	(月に 回程度)	
	<input type="checkbox"/> 訪問看護	(月に 回程度)	
	<input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション	(月に 回程度)	
	<input type="checkbox"/> 通所介護	(月に 回程度)	
	<input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション	(月に 回程度)	
	<input type="checkbox"/> 短期入所生活介護	(月に 回程度)	
	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与	(月に 回程度)	
	その他	(月に 回程度)	
入所希望者の状況 入所を希望する理由（該当するものすべてを選んで下さい）	1. 入所申込ができるのは原則として要介護度3以上の方です。		
	(要介護度1・2の方については、入所を必要とするやむを得ない理由が必要となることから、次の2欄も回答してください。)		
	<input type="checkbox"/> 介護する者がいないため。		
	<input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」、「障害」、「疾病」等により十分な介護が困難なため。		
	<input type="checkbox"/> 介護者が就労していることから、十分な介護が困難なため。		
	<input type="checkbox"/> 介護者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護が困難なため。		
	<input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難なため。		
	<input type="checkbox"/> 施設や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。		
	<input type="checkbox"/> その他()		
	2. 要介護度1・2の方については、以下該当するものを回答してください。		
	<input type="checkbox"/> 認知症である者であって、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる。		
	<input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られる。		
	<input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難である。		
<input type="checkbox"/> 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。			

生活歴	出身地				
	家族構成				
	学歴				
	仕事				
	配偶者	<input type="checkbox"/> あり(名前:) <input type="checkbox"/> なし(<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> その他)			
	子ども	名前	性別	続柄	住所
同居家族 (人数、続柄など)	<input type="checkbox"/> なし(一人暮らし) <input type="checkbox"/> あり(<input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> その他)				
趣味、日中の過ごし方					
身体 の 状 況	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 大きな字が見える <input type="checkbox"/> 人の動きがわかる <input type="checkbox"/> 見えない			
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少し大きな声で聞こえる <input type="checkbox"/> 耳元で大きな声で聞こえる <input type="checkbox"/> 聞こえない			
	言語	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> ややはっきりしない <input type="checkbox"/> やっと通じる <input type="checkbox"/> 話せない			
	歯	<input type="checkbox"/> 自分の歯 <input type="checkbox"/> 一部自分の歯 <input type="checkbox"/> 総入れ歯(上・下) <input type="checkbox"/> 歯茎で食べる			
	意思疎通	<input type="checkbox"/> 通じる <input type="checkbox"/> ある程度通じる <input type="checkbox"/> ほとんど通じない			
	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> つたい歩き <input type="checkbox"/> 介助歩行 <input type="checkbox"/> いざり <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> リクライニング車椅子			
	食事	摂取	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
		嚥下	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> むせる <input type="checkbox"/> よくむせる <input type="checkbox"/> 出来ない		
		トロミの使用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
		好き嫌い	好き()嫌い()		
		アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()		
		形態	主食 (<input type="checkbox"/> ご飯 <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> パン) 副食 (<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 極刻み <input type="checkbox"/> ミキサー) その他()		
	排泄	排尿	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
			<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> カテーテル		
			<input type="checkbox"/> その他()		
		排便	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
			<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 便器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> ストーマ		
<input type="checkbox"/> その他()					

入所希望者の状況	入浴	入浴種類	<input type="checkbox"/> 個浴 <input type="checkbox"/> リフト浴 <input type="checkbox"/> 特殊浴槽		
		洗髪	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
		洗身	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
		入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
		着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	睡眠	時間	就寝(: 頃) 起床(: 頃)		
		状況	<input type="checkbox"/> よく眠れる <input type="checkbox"/> あまりよく眠れない <input type="checkbox"/> 昼夜逆転		
		眠剤	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
	寝具	種類	<input type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> 布団		
		マット種類	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> エアマット <input type="checkbox"/> その他()		
	認知症及び精神状況	認知症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 物忘れ程度 <input type="checkbox"/> まだら <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度		
			診断名()		
精神状況		<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> うつ <input type="checkbox"/> 分裂 <input type="checkbox"/> 自傷 <input type="checkbox"/> 奇声 <input type="checkbox"/> ヒステリー			
		<input type="checkbox"/> パニック <input type="checkbox"/> 被害的 <input type="checkbox"/> その他()			
問題行動		昼夜逆転	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週に1-2回 <input type="checkbox"/> 月に1-2回 <input type="checkbox"/> なし		
		徘徊	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週に1-2回 <input type="checkbox"/> 月に1-2回 <input type="checkbox"/> なし		
	暴言	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週に1-2回 <input type="checkbox"/> 月に1-2回 <input type="checkbox"/> なし			
	暴行	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週に1-2回 <input type="checkbox"/> 月に1-2回 <input type="checkbox"/> なし			
	妄想	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週に1-2回 <input type="checkbox"/> 月に1-2回 <input type="checkbox"/> なし			
	幻視	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週に1-2回 <input type="checkbox"/> 月に1-2回 <input type="checkbox"/> なし			
医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> その他() 【現在治療中の病気・特記事項等】				

