

入所申込書

平成 年 月 日

(フリガナ) 氏名		保 険 者						
		保険者番号	0	0	0	0	0	0
生年月日	<input type="checkbox"/> 明・ <input type="checkbox"/> 大・ <input type="checkbox"/> 昭	年 月 日 (歳)	性別		<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女			
住所	〒				収入	/年		

本人の状況

※当てはまるものに、■を付けて下さい。

要介護度	<input type="checkbox"/> 介護度3・ <input type="checkbox"/> 介護度4・ <input type="checkbox"/> 介護度5 (認定有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日)
入所を希望する理由	<input type="checkbox"/> 独り暮らしで、日常生活に支障が生じている。 <input type="checkbox"/> 介護者(家族等)が、高齢・病弱・就労・育児等のため介護が難しい。 <input type="checkbox"/> 他にも介護をしなければならない家族がいる。 <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により、在宅での介護が困難である。 <input type="checkbox"/> 病院や他の施設から退所を求められている。 <input type="checkbox"/> 介護保険の在宅サービス利用限度を超えるなど、費用負担が困難である。 <input type="checkbox"/> その他(介護で困っていることがありましたら、お書き下さい)
認知症の症状	<input type="checkbox"/> 認知症(ぼけ症状) なし <input type="checkbox"/> 認知症() あり ⇒ 以下の当てはまる項目に、■を付けて下さい。 <hr/> <input type="checkbox"/> 自分で物をしまい無くしたり、誰かに物を盗られるような妄想がある。 <input type="checkbox"/> 金銭の勘定が出来なくなった <input type="checkbox"/> 自分の部屋や便所の場所が判らないなど、家のなかで迷う。 <input type="checkbox"/> 電話や留守番での受け答えが出来なくなった <input type="checkbox"/> 夜間眠らない <input type="checkbox"/> 鍋を焦がすなど、火の不始末がある。 <input type="checkbox"/> 家の外をさまよいて歩く <input type="checkbox"/> 家族(介護者)への暴言や抵抗がある <input type="checkbox"/> 意味不明の言動がある <input type="checkbox"/> 奇声を上げる <input type="checkbox"/> 大便をいじる <input type="checkbox"/> 便所以外の場所で放尿する <input type="checkbox"/> ひんぱんに服を脱ぐ <input type="checkbox"/> 意思の疎通が困難 <input type="checkbox"/> 同じ事を何度も言う <input type="checkbox"/> 食べ物以外を食べる <input type="checkbox"/> その他の症状(以下にお書き下さい)
障害高齢者 日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2
身体の状況	<日常生活> ※次のア～エのうち、ほぼ当てはまるものに1つ、■を付けて下さい。 <input type="checkbox"/> ア 身の回りのことは大体自分で出来て、1人で隣近所へ外出できる <input type="checkbox"/> イ 家の中では寝たり起きたり自力で過ごせるが、外出時には介助が必要。 <input type="checkbox"/> ウ ベッド上で過ごすことが多いが、移動に車イスを使用できる。 (車イスで座る姿勢が保てる) <input type="checkbox"/> エ 1日中ベッド上で過ごし、自分では身動き出来ず、全てに介助が必要。
認知症高齢者 日常生活自立度	29 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M

身体状況	<医療の対応> ※当てはまるものに、■を付けて下さい。 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 尿管カテーテル <input type="checkbox"/> その他、特に注意すること		
希望入所の時期	<input type="checkbox"/> すぐに入所したい <input type="checkbox"/> 年 月 頃が良い <input type="checkbox"/> 特に希望はない		
現在の介護	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院・老人保健施設 <input type="checkbox"/> その他 ()		
他施設への申込状況	<input type="checkbox"/> 申込なし <input type="checkbox"/> 申込(予定)あり ⇒ 当施設も含めた入所希望施設 第1希望 第2希望 第3希望 第4希望		
申込者欄<家族等>			
説明確認欄	入所申込に係る説明事項について確認しました。 平成 年 月 日 署名		
フリガナ氏名		本人との続柄	
住所 (郵便物の送付や施設からの連絡先) ※家族等の場合、入所契約の代理人となれる方をお願いします。 〒 TEL (携帯) - - (自宅) - -			
<介護支援専門員>			
※本人又は家族等を代理して介護支援専門員が申し込みを行う。 <input type="checkbox"/> 行う <input type="checkbox"/> 行わない			
介護支援専門員	(フリガナ)氏名	連絡先電話番号	- - - -
介護支援事業所名			
既往歴	家族構成		
現病歴			
申請理由 (経緯・現在の介護状況・環境等)			

※添付書類 被保険者証の (写)