

入所申込書

受付 年 月 日

(フリガナ) 氏名			性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
			生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)
保険者		被保険番号	介護保険証(コピー) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	

本人の状況 ※当てはまる□にレ点を付けて下さい。

要介護度	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 要支援	要介護	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
	(認定有効期間)		年 月 日	～	年 月 日			
現在	<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 病院・老人保健施設等入所中			<input type="checkbox"/> その他()			

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。	家族構成
	<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)		

主たる介護者の年齢	<input type="checkbox"/> 80歳以上	<input type="checkbox"/> 70歳以上	<input type="checkbox"/> 60歳以上	<input type="checkbox"/> 60歳未満
介護者の状況(障害・病気)	<input type="checkbox"/> 介護困難	<input type="checkbox"/> 少多少介護可	<input type="checkbox"/> 介護可能	
介護者の就労・育児等時間	<input type="checkbox"/> 8時間以上	<input type="checkbox"/> 4～8時間	<input type="checkbox"/> 4時間未満	
介護者の対応可能状況	<input type="checkbox"/> 介護時間持てない	<input type="checkbox"/> 多少介護時間は持てる		
	<input type="checkbox"/> 介護の為仕事等を辞めざるを得ない	<input type="checkbox"/> 介護の時間はある		
介護負担(心的介護疲れ)	<input type="checkbox"/> 非常に重い	<input type="checkbox"/> やや重い	<input type="checkbox"/> 軽い	
住環境	<input type="checkbox"/> 介護困難	<input type="checkbox"/> やや困難	<input type="checkbox"/> 介護可能	

認知症の症状	<input type="checkbox"/> 認知症(ぼけ症状)なし			
	<input type="checkbox"/> 認知症(ぼけ症状)あり → 以下の当てはまる項目に、レ印を付けて下さい。			
	<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つた			
	<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"/> 家の外をさまよい歩く	<input type="checkbox"/> 意味不明の言動がある	
	<input type="checkbox"/> 大便をいじる	<input type="checkbox"/> ひんぱんに服を脱ぐ	<input type="checkbox"/> 同じ事を何度も言う	
	<input type="checkbox"/> 鍋を焦がすなど、火の不始末がある	<input type="checkbox"/> 便所以外の場所で放尿する		
	<input type="checkbox"/> 家族(介護者)への暴言や抵抗がある	<input type="checkbox"/> 意思の疎通が困難		
	<input type="checkbox"/> 奇声を上げる	<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)			

在宅介護の状況	在宅サービス利用限度額割合 (直近3ヶ月間)	<input type="checkbox"/> 60%以上又は経済的利用困難	<input type="checkbox"/> 50%以上	<input type="checkbox"/> 30%以上又は他施設入所中	<input type="checkbox"/> 30%未満
	在宅における介護期間	<input type="checkbox"/> 1年以上	<input type="checkbox"/> 1年～6ヶ月	<input type="checkbox"/> 6ヶ月未満	<input type="checkbox"/> 他施設に入所中
	在宅介護の継続性	<input type="checkbox"/> 継続困難	<input type="checkbox"/> やや困難	<input type="checkbox"/> 継続可能	→ 極度の介護疲れ・介護拒否・在宅サービス利用困難等

身体の状況	一番当てはまるものに一つ、レ点を付けてください。					
	<input type="checkbox"/> 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"/> 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"/> 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。(車椅子で座る姿勢が保てる)					
	<input type="checkbox"/> 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。					

日常生活動作	食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	補足 尿意(+ · -) 便意(+ · -)
	歩行	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
	寝返り	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
	座位	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
	口腔清潔	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
	更衣	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	

既往歴					

医療対応	<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				

入所時期	<input type="checkbox"/> すぐに入所したい	<input type="checkbox"/> 特に希望はない	<input type="checkbox"/>	年	月	頃がよい
------	-----------------------------------	----------------------------------	--------------------------	---	---	------

他施設の申込状況	<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	<input type="checkbox"/>	希望順位	<input type="checkbox"/> 第一希望	<input type="checkbox"/> 第二希望	<input type="checkbox"/> 第三希望	<input type="checkbox"/> 第四希望
----------	-------------------------------	---	--------------------------	------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------

受付者補足記入欄					

その他希望	<input type="checkbox"/> グループホーム	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ロングショート	<input type="checkbox"/>	

申込者記入欄<御家族等>					
--------------	--	--	--	--	--

年 月 日 入所申込に係る説明事項について確認しました。

(フリガナ) _____
署名 _____ 入所申込者との続柄 _____

郵便物の送付や施設からの連絡先 (入所契約時に代理人になれる方の連絡先をお願いいたします)

氏名 _____ 続柄 _____

住所 (〒) _____

電話 _____

申込代理者欄<介護支援専門員・相談員等>					
----------------------	--	--	--	--	--

本人又は家族等を代理して、介護支援専門員・相談員等が申込む場合には以下の欄に記入をお願いします。

入所申込に係る説明事項について確認のうえ、申込者本人又は御家族等へその旨報告いたします。

年 月 日

代理人氏名	(フリガナ)
代理人所属先	居宅事業所・施設名等
	電話番号
代理人の意見	