

介護老人福祉施設 入所申込書

今井苑

申請受理日 年 月 日

入所を御希望の方について

ふりがな			男・女	生年月日	明大昭	年	月	日	満	歳
御氏名										
御住所	〒 -			電話番号						
				自宅	_____					
				FAX	_____					
				携帯	_____					
介護保険被保険者証の内容	<input type="checkbox"/> 申請済み 被保険者番号 _____ 保険者(自治体) _____ 保険者番号 _____ 要介護度 1・2・3・4・5 有効期限 年 月 ~ 年 月 <input type="checkbox"/> 申請中 (自立・支援) ※要介護1・2の場合は、2枚目の「特列入所に関する事項」にご記入下さい。									
介護サービス実施機関	〒 -			電話番号						
	事業者名			担当者名						
現在受けているサービス	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 通所サービス <input type="checkbox"/> 訪問・通所リハビリ <input type="checkbox"/> 介護保険施設 <input type="checkbox"/> その他() 利用開始日 年 月 日頃から									

入所申込み代理人の方について

ふりがな			入所希望の方との続柄		
御氏名					
御住所	〒 -		電話番号		
			自宅	_____	
			FAX	_____	
			携帯	_____	

入所を御希望の方の身体状況等について

介護者の状況	介護される方は <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない 主たる介護者は <input type="checkbox"/> 遠方にいる <input type="checkbox"/> 病気である <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 高齢者である <input type="checkbox"/> 障害者である <input type="checkbox"/> 疾病がある <input type="checkbox"/> 育児中である <input type="checkbox"/> 他に介護している人がいる <input type="checkbox"/> 就業している <input type="checkbox"/> 特に問題無し					
介護を手伝う方について	介護を手伝う方は <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない 手伝う方がいる場合その方は <input type="checkbox"/> 親族 <input type="checkbox"/> 近所の方 <input type="checkbox"/> その他()					
住宅の状況	今のお住まいは <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 他施設 <input type="checkbox"/> 病院 住宅の状況は <input type="checkbox"/> 住宅がない、または立ち退きを求められている。 <input type="checkbox"/> 住宅が介護上、問題がある(具体的に記入して下さい) _____ <input type="checkbox"/> 特に問題無し					

認知症診断	<input type="checkbox"/> 診断無 <input type="checkbox"/> 診断有り(病名)		
問題行動	被害的になる事が <input type="checkbox"/> ない 作話をする事が <input type="checkbox"/> ない 幻視・幻聴が <input type="checkbox"/> ない 感情が不安定になる事が <input type="checkbox"/> ない 昼夜逆転が <input type="checkbox"/> ない 暴言や暴行が <input type="checkbox"/> ない しつこく同じ話しをする事が <input type="checkbox"/> ない 大声を出すことが <input type="checkbox"/> ない 介護に抵抗する事が <input type="checkbox"/> ない 徘徊することが <input type="checkbox"/> ない 落ち着きがない事が <input type="checkbox"/> ない 外出して戻れないことが <input type="checkbox"/> ない 独りで外に出たがる事が <input type="checkbox"/> ない 収集癖が <input type="checkbox"/> ない 火元の管理を出来ない事が <input type="checkbox"/> ない 物や衣類を壊すことが <input type="checkbox"/> ない 不潔な行為をする事が <input type="checkbox"/> ない 異食行為が <input type="checkbox"/> ない 性的な迷惑行為が <input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ある
	*「ある」は1週間に1回以上、「時々ある」は1ヶ月に1、2回程度		
医療管理	医療器具を使っている <input type="checkbox"/> 膀胱カテーテル <input type="checkbox"/> 鼻腔カテーテル <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 膀胱ろう <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> その他() 感染症の既往歴は <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> C型肝炎 <input type="checkbox"/> 梅毒 <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> 疥癬 <input type="checkbox"/> その他() 今までかかった主な病気 <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>		
その他 連絡事項			
特例入所の要件	<input type="checkbox"/> 認知症である者であって、日常生活に支障を来たすような症状・行動や意志疎通の困難さが頻回に見られること。 <input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られること。 <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こと。 <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こと。		
所見欄	※具体的な状況を記載して下さい。		

* 要介護度や状態に変更がありましたら御連絡下さい。

私は、入所に関する方法や手続きについて説明を受けました。また、この申請書にある内容を保険者、在宅介護支援センター、指定する介護支援専門員へ提出することに同意します。

令和 年 月 日 氏名 ㊟

介護老人福祉施設入所申込書に伴う意見書

今井苑

入所申込者氏名		被保険者番号	
ふりがな			
御氏名		保険者	保険者番号

ご本人の状況

身体状況	* 麻痺や拘縮など、介護を要する身体状況
認知症(痴呆)	* 介護や見守りを要する認知症(痴呆)の症状
疾患	* 医療器具の使用や注意を要する疾患、介護や看護を要する疾患
その他の留意点	
認知症自立度	

記入者

区分	1.指定居宅介護支援センター 2.在宅支援センター 3.その他()		
所属	TEL FAX		
職種		氏名	

日常生活のご様子

身体状況	身長	cm		体重	kg
視力	普通	悪い	不能	眼鏡・その他	
聴力	普通	大声で可能	不能	補聴器・その他	
移動	自立	一部介助	不能	独歩・杖歩行・介助歩行 歩行器・車椅子(自操 可・不可) リクライニング・シルバーカー	
行動範囲	住居内	外出	ベット上のみ	エアマット・除圧マット 布団・ベッド	
食事	自立	一部介助	全介助	箸・スプーン・フォーク・ストロー エプロン・車椅子用テーブル その他	
食事形態・主食	米飯・パン・粥・ペースト			好きな食べ物 嫌いな食べ物	
食事形態・副食	常食・一口大・きざみ・超きざみ・ペースト			アレルギー	
口腔洗浄 義歯管理	自立	一部介助	全介助	歯ブラシ・口腔用スポンジ 総入れ歯・一部義歯・残歯()本	
排泄	自立	一部介助	全介助	トイレ・Pトイレ・尿器 オムツ・リハビリパンツ・パッド 排便頻度： 特定下剤： 夜間のトイレ回数：	
入浴	自立	一部介助	全介助	一般浴・チェアー浴 機械浴・その他	
着脱	自立	一部介助	全介助		
整容	自立	一部介助	全介助		
言語	普通	不明瞭	不能		
意思疎通	問題なし	ある程度通じる	不能		
現在の病気 及び、内服薬					
生活歴及び 家族関係の状況					