

入所申込書

年 月 日

(フリガナ) 氏名	保険者						
	保険者番号						
生年月日	明・大・昭 年 月 日 ( 歳)	性別	男・女				
<h3>本人の状況</h3> <p>※当てはまるものに、レ印を付けて下さい。</p>							
要介護度	自立・要支援・介護度1・介護度2・介護度3・介護度4・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) 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"/> 認知症( " ) なし <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)						
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 ○印を付けて下さい。 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 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。 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) 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。						

(裏)

身体状況	<医療の対応> *当てはまるものに、レ印を付けて下さい。 <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
施設形態の希望	<input type="checkbox"/> 多床室 (ホピ園) <input type="checkbox"/> 個室 (南八幡友の家)
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	入所申込に係る説明事項について確認しました。		
確認欄	_____年 _____月 _____日	署 名 _____	印 _____

ワガナ 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 _____	

**申 込 代 理 者 欄 < 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込み場合は、当欄に記入・確認願います。

代理申込を行う 介護支援専門員	(ワガナ) 氏 名	連絡先 電話番号	_____
介護支援事業所名	_____		

代理申込を行う介護支援専門員の意見

※本人又は家族等への連絡先を、上記申込代理者欄<家族等>に記入して下さい。

説 明	入所申込に係る説明事項について確認の上、申込本人又は家族等にその旨を報		
確認欄	告します。 _____年 _____月 _____日	代理申込 介護支援専門員署名	_____

※添付書類 被保険者証の (写)

施設長	相談員	受付