

特別養護老人ホーム自由の杜 グループホーム自由の杜 ケアハウスあいおい苑 グループホーム笑生苑 笑生苑より愛 入居申込書

申込者連絡先	フリガナ		続柄	
	氏名			
	住所			
	電話番号			

処理状況欄	申込日	
	受付日	
	担当者名	

本人の状況	フリガナ		性別	
	氏名			
	現住所			
	生年月日	明治・大正・昭和	年	月

本人の状況	介護保険	保険者										
		被保険者番号										
	要介護認定	<input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2										
		<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5										
	(認定期間)		年	月	日	～	年	月	日			
	保険情報	種別							記号・番号			
	年金等	種別	厚生年金・国民年金・その他() / 年収							万円		
	障害手帳等	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無										
		手帳の種類		(障害名)								
		判定	級(度)	年	月	日						
	介護の状況	<input type="checkbox"/> 在宅介護(年 月から) <input type="checkbox"/> 施設介護(年 月入所)										
	現在の生活場所	<input type="checkbox"/> 自宅で暮らしている										
		<input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム										
<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 病院												
<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> その他												
施設名または病院名												
入所または入院期間 年 月 日～(年 箇月)												
身体の状況	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助										
		種類:	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 半粥 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー									
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助										
おむつの使用:		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 昼夜 <input type="checkbox"/> 夜のみ										
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助											

本人の状況	身体 の 状況	更衣	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
		移動	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
			歩行: <input type="checkbox"/> つかまり歩き	<input type="checkbox"/> 杖使用	<input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 寝たきり	
		視力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やや悪い	<input type="checkbox"/> 人の動きがわかる程度	
		聴力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やや悪い	<input type="checkbox"/> 大声が聞き取れる	
	言語	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やや悪い	<input type="checkbox"/> 聞き取れない		
	認知症・精神の症状	認知症高齢者の日常生活自立度				
		<input type="checkbox"/> 認知症なし	<input type="checkbox"/> ランクⅠ	<input type="checkbox"/> ランクⅡ	<input type="checkbox"/> ランクⅡa	<input type="checkbox"/> ランクⅡb
		<input type="checkbox"/> ランクⅢ	<input type="checkbox"/> ランクⅢa	<input type="checkbox"/> ランクⅢb	<input type="checkbox"/> ランクⅣ	<input type="checkbox"/> ランクⅤ
		自傷行為、せん妄、徘徊、奇声、摂食異常、不潔行為、攻撃的行為等の行動あるいは精神的な障害がある場合は、その状況や頻度等を具体的に記載してください。				
医療的処置	<input type="checkbox"/> カテーテル	<input type="checkbox"/> 経管栄養	<input type="checkbox"/> 酸素療法(人工呼吸器等)			
	<input type="checkbox"/> インシュリン注射	<input type="checkbox"/> ストーマ(人工肛門)処置	<input type="checkbox"/> 点滴が必要			
本人の入居意向	<input type="checkbox"/> 透析が必要	<input type="checkbox"/> 褥瘡(床ずれ)の処置が必要	<input type="checkbox"/> 気管切開の処置が必要			
	<input type="checkbox"/> その他 ()					
	現在治療中の病名 受診している医療機関					
入居を希望する理由	<input type="checkbox"/> 入所を希望している <input type="checkbox"/> 迷っている <input type="checkbox"/> 自宅での生活を希望している					
	<input type="checkbox"/> 本人には知らせていない <input type="checkbox"/> 本人の意向が確認できない <input type="checkbox"/> その他 ()					
その他	主な介護者	<input type="checkbox"/> 身寄りがないなど介護するものがない				
		<input type="checkbox"/> 介護する者が、遠距離や入院中等により介護できない				
		<input type="checkbox"/> 介護する者が、要介護状態・病気療養中・障害を有するなどの状況にあり十分な介護が困難				
		<input type="checkbox"/> 介護する者が、高齢等により将来的に十分な介護が困難				
		<input type="checkbox"/> 介護する者が、複数の介護や育児を行っている状況にあり負担が大きい				
		<input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所(院)を求められているが、住宅事情等により自宅での介護が困難				
		<input type="checkbox"/> 住居の構造が介護に適していないため、十分な介護が困難				
		<input type="checkbox"/> その他 ()				
フリガナ	氏名				性別	
	生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日 (歳)	
	本人との関係	<input type="checkbox"/> 配偶者	<input type="checkbox"/> 子	<input type="checkbox"/> 子の配偶者		
		<input type="checkbox"/> 兄弟姉妹	<input type="checkbox"/> 甥・姪	<input type="checkbox"/> その他 ()		
	同居の別	<input type="checkbox"/> 同居	<input type="checkbox"/> 別居			
		※別居の場合 住所: 電話:				
障害や疾病	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 介護可能	<input type="checkbox"/> 多少困難	<input type="checkbox"/> 介護困難		
就労状況	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 4時間未満	<input type="checkbox"/> 4~7時間	<input type="checkbox"/> 8時間以上		
	<input type="checkbox"/> 高齢者等で就労不可能					

その他	主な介護者	他の要介護者	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 要支援	<input type="checkbox"/> 要介護1	<input type="checkbox"/> 要介護2以上
		育児・家族の病気	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 随時育児看病	<input type="checkbox"/> 半日育児看病	<input type="checkbox"/> 常時育児看病
		介護の関わり方	<input type="checkbox"/> ふつう	<input type="checkbox"/> やや消極的	<input type="checkbox"/> 非常に消極的	<input type="checkbox"/> 介護拒否
		他の同居介護補助者	<input type="checkbox"/> 常時あり	<input type="checkbox"/> 随時あり	<input type="checkbox"/> ほとんど無し	
		別居血縁者介護協力	<input type="checkbox"/> 常時あり	<input type="checkbox"/> 随時あり	<input type="checkbox"/> ほとんど無し	
		住環境	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 問題有り	<input type="checkbox"/> 非常に問題有り	<input type="checkbox"/> 住居無し
その他	入居希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入居したい <input type="checkbox"/> 年 月頃までには入居したい				
	他施設への申込み状況	<input type="checkbox"/> 当施設のみに申し込んでいる <input type="checkbox"/> 他施設にも申し込んでいる()				
	居宅介護支援事業所の利用状況	事業所名:	電話:			
		担当ケアマネジャー:				

備考	<p>入居申込書に記載した事項あるいは記載項目にない事項等で、優先的な入居の判断において特に考慮する必要がある場合は、その内容をご記入ください。</p>
----	--

○ 説明確認欄

<p>私は、入居の申込に際し、入居申込から入居契約までの手続き等について、施設から説明を受けました。</p> <p>平成 年 月 日 氏名 印</p>

○ 個人情報提供同意欄

<p>施設の入居の円滑化に資するため、入居の判定に必要な範囲に限り、居宅介護支援事業所、介護保険施設、主治医、市町村又は児童民生委員に対し、居宅介護サービスの利用状況、介護者の状況、心身の状況などの個人情報の提供を求め、又は個人情報を提供することに同意します。</p> <p>平成 年 月 日 氏名 印</p>

○ 面会同意欄

<p>本人に面会することに同意致します。なお、事前のご連絡は致しませんのでご了承下さい。</p> <p>平成 年 月 日 氏名 印</p>

注1 介護保険被保険者証・直近3ヶ月分のサービス利用票及び別表の写しを添付して下さい。

2 要介護度や介護者の状況等記載内容に変更があった場合は、速やかに施設にご連絡下さい。

	物品	備考
1	収納家具(水屋・小タンス等)	
2	衣類	
3	寝具(ベット・布団セット・座布団等)	
4	履物(上履き、外履き)	
5	食器類(ご飯茶碗、汁椀、箸、スプーン等)	
6	洗面用具(洗面器、タオル、歯ブラシ、コップ等)	
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		

入所時持参物品

(別表)

身体的・精神的な状態チェック表

ア、物を盗られたなどと被害的になることが	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある
イ、作話をし周囲に言いふらすことが	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある
ウ、実際にはないものが見えたり、聞こえたりすることが	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある
エ、泣いたり、笑ったりして感情が不安定になることが	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある
オ、夜間不眠あるいは昼夜逆転が	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある
カ、暴行暴言が	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある
キ、しつこく同じ話をしたり、不快な音を立てることが	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある
ク、大声を出すことが	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある
ケ、助言や介護に抵抗することが	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある
コ、目的もなく動き回ることが	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある
サ、「家に帰る」等と言い落ち着きがないことが	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある
シ、外出すると病院、施設、家などに1人で戻れなくなることが	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある
ス、1人で外に出たがり目が離せないことが	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある
セ、いろいろなものを集めたり、無断で持ってくるものが	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある
ソ、火の始末や火元の管理が出来ないことが (入院中などで始末や管理の必要が無い場合は「ない」とする)	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある
タ、物や衣類を壊したり、破いたりすることが	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある
チ、不潔な行為を行うことが	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある
ツ、食べられないものを口に入れることが	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある
テ、ひどい物忘れ(認知症の場合は、「なし」とする)	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある