

ケアハウスあいおい苑 オ・サーバaioi(小規模多機能) オ・サーバaioi(サービス付き高齢者住宅)
【特別養護老人ホーム】 自由の杜 フィラージュ開出 オ・サーバaioi
【グループホーム】 自由の杜 フィラージュ開出 笑生苑 笑生苑より愛

入居申込書

処理 状況 欄	申込日	
	受付日	
	担当者名	

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

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

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:

説明確認

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。
(要介護1又は2の方)
上記及び、特例入所の要件に該当する場合のみ入所の対象となることについて、施設から説明を受けました。

個人情報提供同意

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。
(要介護1又は2の方)
上記及び、特別入所に際し、その理由等の個人情報を施設が市町に対し報告することに同意します。

面会同意

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。

私は、上記の説明を受け、のある項目について同意いたします。

令和 年 月 日 氏名 _____

※ 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。

※ 注2 要介護度や介護者の状況に変更があった場合は、速やかに施設にご連絡下さい。

⇒ 優先順位に関わりますので、ご協力お願いします。

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													
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M					
	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。													

本人の状況

本人の状況	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 <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			
	本人の入居意向	<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()			
	入居を希望する理由	<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()			
特例入所を希望する理由 (要介護1又は2の方のみ記入)	<input type="checkbox"/> 認知症であり、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる。 <input type="checkbox"/> 認知障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られる。 <input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待が疑われこと等により、心身の安全・安心の確保が困難である。 <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がの供給が不十分である。				
その他	フリガナ			性別	
	氏名				
	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			
	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			
	ご本人	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		

備考	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や、要介護1又は2の方について、居宅において日常生活を営むことが困難なことについてやむを得ない事由がある場合は、その内容をご記入ください。
----	---

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
カ、「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