

高齢者複合施設

フィラージュ開出

特別養護老人ホーム
 グループホーム

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	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	
本人の状況	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。				
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()			
本人の状況	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()			
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)	
	主な介護者	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			

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。