

入居申込書

申込日 年 月 日

ふりがな		男 ・ 女	生 年 月 日	
氏 名	様	□明治 □大正 □昭和	年 月 日生	歳
住 所	〒		電話 自宅： - -	
被保険者番号		認定日 期 間	認定日：平成 年 月 日 期 間：平成 年 月 日～ 平成 年 月 日まで	
介護保険負担限度額	<input type="checkbox"/> 第一段階 <input type="checkbox"/> 第二段階 <input type="checkbox"/> 第三段階 <input type="checkbox"/> 第四段階		要介護度	要介護()・区分変更中・申請中
健康保険	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> その他()			
当施設以外の 申込施設	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> なでしこ <input type="checkbox"/> ケアポートよしだ			
	<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> みやまの里 <input type="checkbox"/> ふくがくちの里			
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> クレイドルやけやま <input type="checkbox"/> おおさわの里			
	<input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> グループホームよしだ <input type="checkbox"/> リボーン(てらまち・おしあげ)			
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> じょんのび <input type="checkbox"/> ひまわり			
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ゆうなぎ <input type="checkbox"/> うみかわ			
<input type="checkbox"/> その他 ()				
現在の状態	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 施設入所中 <input type="checkbox"/> その他 ()			
ケアマネ 担当相談員	(事業所名)		TEL - -	担当者 様
入所を希望 とする理由	<input type="checkbox"/> 介護者がいないため <input type="checkbox"/> 介護者が高齢、障害、傷病等のため <input type="checkbox"/> 介護者が就労しているため <input type="checkbox"/> 介護者が育児等をしているため <input type="checkbox"/> 介護者が不在になる時間があり不安を抱えているため <input type="checkbox"/> 居宅サービスの限度額を超えており経済的負担が大きい <input type="checkbox"/> 介護者の身体的、精神的負担が大きい <input type="checkbox"/> 現在入院(入所)している病院や老健等から退院(退所)を求められているが、 在宅生活が困難なため(年 月 日頃退院・退所予定) <input type="checkbox"/> その他 ()			
利用内容	<input type="checkbox"/> 一般入所 (希望) 年 月 日～ 年 月 日まで <input type="checkbox"/> 短期入所 (希望) 年 月 日～ 年 月 日まで			
退所後	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 特養申請 <input type="checkbox"/> その他 ()			
現在使っているサービス	<input type="checkbox"/> 訪問看護 (月・週 回) <input type="checkbox"/> 訪問介護 (月・週 回) <input type="checkbox"/> 訪問入浴 (月・週 回) <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ (月・週 回) <input type="checkbox"/> 通所リハビリ (月・週 回) <input type="checkbox"/> デイサービス (週 回) <input type="checkbox"/> ショートステイ (おおよそ月 回程度) <input type="checkbox"/> 福祉用具レンタル ()			

申込者	ふりがな			男	入居希望者との関係	
	氏名			・	<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"/> その他()	
	住所	〒		電	自宅：	
	生年月日			話	携帯：	
				要介護認定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (支援 介護)	
家族状況	氏名	続柄	住所	職業・勤務先		
身体状況.1				家系図		
寝返り	<input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> つかまれば出来る <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> できない					家系図
起き上がり	<input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> つかまれば出来る <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> できない					
座位保持	<input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> つかまれば出来る <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> できない					
起立	<input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> つかまれば出来る <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> できない					
移動	<input type="checkbox"/> 自力歩行 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車椅子 (自操・一介・全介) 移乗 (自操・一介・全介) <input type="checkbox"/> リクライニング					
食事	<input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻					
(食事内容)	主食： <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> ミキサー 副食： <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 一口 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ミキサー 嚥下状態： <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> トロミ必要 自歯： <input type="checkbox"/> あり上・下(本) <input type="checkbox"/> なし 義歯： <input type="checkbox"/> あり上・下 <input type="checkbox"/> 総入れ歯 <input type="checkbox"/> 部分入れ歯上・下					
入浴	<input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 特浴 (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一介 <input type="checkbox"/> 全介)					褥瘡：有・無 部位()
排泄	<input type="checkbox"/> トイレ(自立・介助) <input type="checkbox"/> Pトイレ(<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助) <input type="checkbox"/> オムツ(常時・夜間) <input type="checkbox"/> リハパン(パット有・無)					コミュニケーション(可・不可) 認知能力(可・不可)
視覚	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 近くは見える <input type="checkbox"/> 見えにくい <input type="checkbox"/> 眼鏡あり					問題行動 有・無
聴覚	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 近くで聞こえる <input type="checkbox"/> 聞こえにくい <input type="checkbox"/> 補聴器あり					大声・徘徊・介護抵抗・昼夜逆転

個人情報に関する同意欄	お申込にあたり、関係機関等から必要な情報を求められた場合、個人や家族の個人情報を用いることに同意します。					
	平成	年	月	日	入居希望者氏名：	
					申込者氏名：	
					申込担当者：	