

入居申込書

					申込日：令和 年 月 日						
ふりがな					男 ・ 女	生年月日					
氏名	様				大正 昭和	年 月 日				歳	
住所	〒				電話	自宅： - -					
被保険者 番号					認定日 期間	認定日： 年 月 日 期間： 年 月 日 ~ 年 月 日まで					
介護保険 負担限度額	<input type="checkbox"/> 第1段階 <input type="checkbox"/> 第2段階 <input type="checkbox"/> 第3段階 <input type="checkbox"/> 第4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	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										
	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"/> クレイドルやけやま <input type="checkbox"/> おおさわの里										
	グループホーム <input type="checkbox"/> グループホームよしだ <input type="checkbox"/> リボン (てらまち・おしあげ)										
	<input type="checkbox"/> じょんのび <input type="checkbox"/> ひまわり										
	<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	(事務所名)				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、生涯、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)している病院や施設等から退院(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	
	住所	〒		女	<input type="checkbox"/> 兄弟姉妹	<input type="checkbox"/> その他 ()	
	生年月日	昭和	年	月	日	電話	自宅： - - 携帯： - -
	平成					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				<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 		
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・一部介助・全介助) <input type="checkbox"/> リクライニング						
食事 (食事内容)	<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 ○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				身体状況 2 麻痺 有・無 拘縮 有・無 ○半身 (右・左) ○肩関節 ○上肢 (右・左) ○肘関節 ○下肢 (右・左) ○股関節 ○膝関節		
入浴	<input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 特浴 (自立・一部介助・全介助)				褥瘡 有・無 (部位：)		
排泄	<input type="checkbox"/> トイレ (自立・介助) <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ (自立・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"/> 近くは聞こえる <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。 令和 年 月 日 入居希望者氏名： 申込者氏名： 申込担当者：					
-------------	---	--	--	--	--	--