

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① <input type="checkbox"/> 第3段階② <input type="checkbox"/> 第4段階		要介護度	要介護 () ・ 区分変更中・申請中	
当施設以外の 申込施設	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> ケアポートよしだ <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <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 <input type="checkbox"/> グループホーム他 <input type="checkbox"/> ()				
現在の居場所	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 病院 () <input type="checkbox"/> 他 ()				
ケアマネ 担当相談員	(事務所名)		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 ()				
	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			・	続柄	
	住所	〒	-	電話	自宅：	- -
	生年月日	昭和	年	月	日	勤務先
	平成				電話	- -

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 本人 <input type="checkbox"/> ◎	
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 <input type="checkbox"/> セーフティアーム			
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 <input type="checkbox"/> 座浴（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（常時・昼間）（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		認知症の周辺症状 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 入所希望者氏名： 申込者氏名：	
-------------	---	--