

介護老人福祉施設入所申し込み書兼調査書

申し込み年月日 令和 年 月 日

以前に、くにたち苑に入所申し込みをされていますか。⇒ **申し込みしてある ・ 今回初めて**

入所希望者	ふりがな		性別		被保険者番号	
	名前		男・女			
	生年月日	大正・昭和 年 月 日			要介護度	1・2・3・4・5
	住所	〒 -			認定期間	平成・令和 年 月 日～ 平成・令和 年 月 日
保証人	ふりがな		性別		希望者との関係	() <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
	名前		男・女		生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日
	住所	〒 -			連絡先	(自宅) (携帯)
申込者	ふりがな				希望者との関係	() <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
	名前				連絡先	(自宅) (携帯)
入所希望者の世帯	<input type="checkbox"/> 一人暮らし ⇒ 介護(援助)してくれる方はどなたですか <input type="checkbox"/> 別居の親族 <input type="checkbox"/> 誰もいない(身寄りがいない・身寄りはあるが遠方のためなどで援助はない) <input type="checkbox"/> ご夫婦のみの世帯(相手の方の年齢は 歳) <input type="checkbox"/> 夫婦以外にも同居者がいる					
介護者の状況 (実質的にかかわっていらっしゃる方)	・主な介護者はどなたですか(入苑希望者本人からみて) …ヘルパーを除く <input type="checkbox"/> 同居の親族 <input type="checkbox"/> 別居の親族 <input type="checkbox"/> 誰もいない ⇒その方のご氏名などを教えてください。 ご氏名 _____ ・続柄 _____ ・年齢 _____ ・上記介護者の状況を教えてください <input type="checkbox"/> 疾病あり在宅治療中である <input type="checkbox"/> 病気で長期入院中 <input type="checkbox"/> 障害があり、障害者手帳の交付を受けている。 <input type="checkbox"/> 要介護認定で、(要支援 ・ 要介護)である。 <input type="checkbox"/> 小学生未満の乳幼児がいる <input type="checkbox"/> 他に介護をしなければならない人がいる (同居の方 ・ 別居の方) <input type="checkbox"/> 週20時間以上の仕事を持っている <input type="checkbox"/> 別居しており、距離50キロメートル以上の遠方である。 <input type="checkbox"/> 特に上記に該当しない <input type="checkbox"/> その他 [_____] ・他にも介護を手伝ってくれる人が <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない ⇒その方はどなたですか(介護者からみて) <input type="checkbox"/> 同居の家族 <input type="checkbox"/> 別居の親族 <input type="checkbox"/> 近隣の方 <input type="checkbox"/> その他 [_____]					

受付年月日 令和 年 月 日

住宅の状況	<p>・現在の住居 <input type="checkbox"/>自宅 <input type="checkbox"/>自宅外 ⇒ 現在、入院・入所中だが退院後に住む家が <input type="checkbox"/>ない <input type="checkbox"/>ある ⇒ 退院後、住む家はあるが以下のような問題が <input type="checkbox"/>ない <input type="checkbox"/>ある ある場合には、以下の該当するものにチェックしてください。</p> <p>・介護上の問題</p> <input type="checkbox"/> 身体に障害あり、集合住宅2階以上または自分の部屋が2階以上だが昇降手段がないため生活や在宅サービス利用に支障がある。 <input type="checkbox"/> 車イスを使用したいが、住宅構造上、使用できないため生活に支障がある。 <input type="checkbox"/> 立ち退きを迫られている <input type="checkbox"/> その他 []		
現在の居場所 (自宅外の場合)	<input type="checkbox"/> 一般病院 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 老人保険施設 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> その他 () 病院・施設名 _____ 入院・入所開始日 _____		
ここ1年間の 入院・入所状況	病院・施設名	期間	
入所希望者の 生活上の様子 (施設・病院入などに入院中の方は 現在の様子)	食事	<input type="checkbox"/> 自分で食べることができる <input type="checkbox"/> 一部介助・見守り <input type="checkbox"/> 全介助	
	排泄	<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> トイレにて見守りや介助必用 <input type="checkbox"/> ベッド上でオムツ交換 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	入浴 (着脱・洗身)	<input type="checkbox"/> 自宅 (<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 見守りや一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助) <input type="checkbox"/> 施設 (デイサービス等) で入浴利用 <input type="checkbox"/> 訪問入浴サービス利用	
	室内移動	<input type="checkbox"/> 歩行できる <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 手引き歩行・見守り <input type="checkbox"/> 車椅子 (自立・介助)	
	意思疎通	<input type="checkbox"/> ほぼ正確に理解できる <input type="checkbox"/> 間違ふことはあるが、簡単な内容はわかる <input type="checkbox"/> ほとんど理解できない	
	生活上支障となる 行動	<input type="checkbox"/> 落ち着きなく動き回る <input type="checkbox"/> 外に出てしまう <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 介護への著しい抵抗 <input type="checkbox"/> 暴力や暴言 <input type="checkbox"/> 昼夜の区別がない <input type="checkbox"/> 大声や奇声 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	特別な医療処置	<input type="checkbox"/> 尿管カテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 経管栄養 (経鼻・経腸・胃ろう) <input type="checkbox"/> インシュリン注射 (1日 回) <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> その他 ()	
その他	特筆すべきことがあればご記入下さい。		

情報提供に関する 同意確認	<p>私は入所申込み施設が保険者から私の要介護認定一次判定資料の提供を受けることに同意します。 また、この申込み書にある内容を保険者・地域包括支援センター・担当ケアマネジャーへ情報提供することに同意します。</p> <p>令和 年 月 日 入所希望ご本人氏名 _____ 印 _____</p> <p>代筆者ご氏名 _____ 印 _____</p>		
------------------	--	--	--