

入所申込書

入所希望者（申込者）

ケアハウス 楓の杜

| | | | |
|-------------|---------------------|---------------|-------------------------------|
| フリガナ | | 保険者 | |
| 氏名 | | 被保険者番号 | |
| 生年月日 | | 要介護度 | 自立 ・ 支1 ・ 支2 要介護 1 2 3 4 5 |
| 性別 | 男 女 | 介護保険 負担割合証 | 1割 ・ 2割 |
| 有効認定期間 | 平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日 | | |
| 現住所 | 〒 - 電話番号 () | | |
| 給付制限 | | | |
| 認定審査 会意見 | | | |

注：介護保険証の内容を転記してください。

申込代理者（申込者がご本人でない場合は、下の欄を記入下さい）

| | | | |
|----|-----------------|-----------|--|
| 氏名 | | 入所希望者との続柄 | |
| 住所 | 〒 - 電話番号 () | | |

上記入所希望者について、介護保険法令に基づき、この入所申込書により入所を希望いたします。
なお、入所のための待機中に、貴施設以外の入所が決定した場合、また要介護度や連絡先、介護の状況等
について変更があった場合は、速やかに貴施設に連絡いたします。

| | |
|------|---|
| 入所時期 | 早急・平成 年 月以降 申込予定：貴施設のみ・他にも申込む カ所(予定) |
| 希望事項 | <input type="checkbox"/> 1 施設入所により安定した生活を送りたい <input type="checkbox"/> 2 自宅での生活が困難であり、食事、排泄、入浴等日常生活全般に見守りや軽介助が必要 <input type="checkbox"/> 3 認知症状などにより見守りや軽介助が必要 <input type="checkbox"/> 4 施設や病院などから退所を求められているが、自宅での生活が困難 <input type="checkbox"/> 5 介護者がいない、介護者が入院等で介護できない <input type="checkbox"/> 6 介護者が、高齢、疾病、育児、就労、別居のため、介護が困難 <input type="checkbox"/> 7 利用したい在宅サービスが十分でない(夜間訪問介護など) <input type="checkbox"/> 8 介護保険の限度額を超える等、経済的負担が大きい <input type="checkbox"/> 9 住宅が介護に適さない(狭い、改修不可など) <input type="checkbox"/> 10 住宅環境が在宅サービス利用に適さない(土地・地形) <input type="checkbox"/> 11 その他の理由(具体的にご記入下さい) |
| 同意書 | 入所希望者、介護者を円滑に支援するために、市町村等に、この申込内容を情報提供することに同意します。 平成 年 月 日 氏名 印 |

調査票

| | | | | | | |
|----------------|------------------------|--|-------|----------------------|--------|----|
| 現況 | | 独居・高齢者所帯・家族同居（家族構成： 入院中(病院名)・入所中(施設名) | | | | |
| 生活状況 | 移動 | 歩行・杖・歩行器・車椅子・ストレッチャー | 介助 | 自立・一部介助・全介助 | | |
| | 食事 | 主) 普通・かゆ・ミキサー(箸・スプーン・自助具) | 介助 | 自立・一部介助・全介助 | | |
| | | 副) 普通・一口大・きざみ・ミキサー | 介助 | 自立・一部介助・全介助 | | |
| | 排泄 | トイレ・ポータブル・尿器・便器・オムツ | 介助 | 自立・一部介助・全介助 | | |
| | 入浴 | 介助浴・座浴・特浴 | 介助 | 自立・一部介助・全介助 | | |
| 送迎時の介助 | 車椅子・リクライニング車椅子・ストレッチャー | | 要 | 不要 | | |
| 身体状況 | 視力 | 普通・見えにくい・見えない | 身長 | cm | 体重 | kg |
| | 聴力 | 普通・聴こえにくい・聴こえない | 精神状況 | 安定・不安定(幻覚・興奮・攻撃・他) | | |
| | 発言 | 普通・やや不自由・不自由 | 認知 | 無・有() | | |
| | 理解力 | 普通・わかりにくい・わからない | 問題行動 | 無・有(徘徊・不潔行為・他) | | |
| 健康状況 | 現疾患 | | | 病歴(年月日) | | |
| | 主治医(病院名) | TEL () | | | | |
| | 医療の状況 | | | | | |
| | 感染症 | 無・有(MRSA:無・有 肝炎:無・有() 梅毒:無・有) | | | | |
| | 皮膚状態 | 湿疹:有・無() 褥瘡:有・無() | | | | |
| | 便秘 | 無・有(服薬:有・無 浣腸:有・無) | アレルギー | 無・有() | | |
| | 睡眠 | 良・不良(内服薬:無・有) | | 麻痺 | 無・有() | |
| | 嚥下 | 普通 ・ むせる ・ つめる | | 拘縮 | 無・有() | |
| 入れ歯 | 無・有(上・下 部分:上・下) | | 口腔保清 | 無・有() | | |
| 介護の状況 | 主たる介護者 | | 年齢 | 性別 | 男・女 | 続柄 |
| | 就労状況等 | 無・有(就労中・共働き・育児・その他()) | | | | |
| | 介護期間 | 年 月頃から | | その他の介護者 無・有 名 (続柄:) | | |
| | 窓口相談 | 無・有 (居宅介護支援事業所・役所・その他) | | | | |
| 居宅介護支援事業所名 () | | 介護支援専門員名 () | | | | |

事務処理欄 (ここからは記入しないで下さい)

| | | |
|--------------|-------------|---------------|
| 申込日:平成 年 月 日 | 受付方法: 来所 郵送 | 申込番号: |
| 受付者 | | 意思確認:平成 年 月 日 |