

介護老人福祉施設入所申込書

年 月 日

草花苑施設長 殿

入所希望者（本人）

※該当するところに記入  印を付けてください。

フリガナ		性別	生年月日
氏名		<input type="checkbox"/> 1.男 <input type="checkbox"/> 2.女	明治・大正 年 月 日 昭和 ( 歳)
住所	〒 _____		
電話	自宅 ( )	携帯 ( )	
保険者		保険者番号	
被保険者番号		要介護度	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
介護認定の有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
認知症日常生活自立度	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> II a <input type="checkbox"/> II b <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> III a <input type="checkbox"/> III b <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M		
現在の居場所	<input type="checkbox"/> 1. 自宅 <input type="checkbox"/> 2. 病院 (病院名 ) <input type="checkbox"/> 3. 介護老人保健施設 (施設名 ) <input type="checkbox"/> 4. 介護療養型医療施設 (施設名 ) <input type="checkbox"/> 5. その他 (具体的に )		

申込代理者・連絡先（申込みが本人でない場合は、下の欄にご記入ください）

フリガナ		続柄	生年月日
氏名			明治・大正・昭和・平成 年 月 日 ( 歳)
住所	〒 _____		
電話	自宅 ( )	携帯 ( )	
	勤務先 ( )	※昼間連絡が取れるところをご記入ください	

住宅・介護者の状況

住宅の状況	<input type="checkbox"/> 住宅がない又は立ち退きを求められている <input type="checkbox"/> 住宅が介護上、問題がある ( )
介護者等の状況	<input type="checkbox"/> 身寄り、介護者が居ない <input type="checkbox"/> 主たる介護者が遠方で介護できない <input type="checkbox"/> 主たる介護者が高齢等で介護がままならない <input type="checkbox"/> 主たる介護者が育児又は複数介護している <input type="checkbox"/> 主たる介護者が就業しており介護がままならない <input type="checkbox"/> その他 ( )

担当ケアマネジャー

事業所名		氏名		電話	( )
------	--	----	--	----	-----

	身長・体重	cm / kg	
	障がい	身体障がい者手帳 ( <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 ) 種 級・障害名	
	歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 杖又は歩行器使用 <input type="checkbox"/> 介助歩行
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 おむつの使用 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> つかまり歩行 <input type="checkbox"/> 車いす使用 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 夜のみ <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 有
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 主食 ( <input type="checkbox"/> 常食・ <input type="checkbox"/> 全粥 )	<input type="checkbox"/> 見守り 副食 ( <input type="checkbox"/> 常食・ <input type="checkbox"/> 刻み食・ <input type="checkbox"/> ミキサー食 ) <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経口不可
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一般浴	<input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 介助浴 (チェア) <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 介助浴 (ストレッチャー)
	着脱衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 見えにくい	<input type="checkbox"/> 見えない ( <input type="checkbox"/> 右・ <input type="checkbox"/> 左 )
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聴こえにくい	<input type="checkbox"/> 聴こえない ( <input type="checkbox"/> 右・ <input type="checkbox"/> 左 )
	コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 簡単な会話なら可 <input type="checkbox"/> その場その場の受け答えは可 <input type="checkbox"/> 会話はほとんど成り立たない	
入所希望者の状況	床ずれ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 箇所 )	
	問題行動	<input type="checkbox"/> 徘徊があり、目を離すと何処かへ行って迷子になってしまう <input type="checkbox"/> 暴言や暴力的な行動がある <input type="checkbox"/> 自傷行為がある <input type="checkbox"/> 奇声や大声をあげる <input type="checkbox"/> 排泄物をさわってしまう等の不潔行為がある <input type="checkbox"/> 食べ物以外のものを口の中に入れてしまう <input type="checkbox"/> 被害妄想がある <input type="checkbox"/> 夜間不眠や昼夜の逆転がある <input type="checkbox"/> 介護に対して拒否的である	
	主な病名と時期	・ ( 年 月 )      ・ ( 年 月 ) ・ ( 年 月 )      ・ ( 年 月 ) ・ ( 年 月 )      ・ ( 年 月 )	
医療の状況	<input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養 <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 疼痛ケア <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> その他 ( )		
感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )		
入所希望者の意向	<input type="checkbox"/> 本人が入所を希望している <input type="checkbox"/> 本人は在宅での生活を希望している <input type="checkbox"/> 本人の意向は確認していない又は確認できない <input type="checkbox"/> その他 ( )		

その他 ( 介護者の状況、ご本人の状況等でありましたらご記入ください )