

喜久松苑 入所申込書

ご記入日 平成 年 月 日

入所希望者氏名	〒		性別	生年月日	明治	年 月 日
	住所	〒			男 女	
申込代理人	氏名	〒		続柄		
	住所	〒				
	連絡先	()				
介護保険情報	被保険者番号				保険者	
	要介護度	<input type="checkbox"/> 1 ・ <input type="checkbox"/> 2 ・ <input type="checkbox"/> 3 ・ <input type="checkbox"/> 4 ・ <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 申請中				
	認定有効期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日				
	負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 ・ <input type="checkbox"/> 2割		負担限度額認定区分	<input type="checkbox"/> 申請済 ・ <input type="checkbox"/> 未申請	
申込理由	<input type="checkbox"/> 身寄りや介護者がいないため <input type="checkbox"/> 介護者が病気等で長期入院を必要としているため <input type="checkbox"/> 介護者が高齢、障害、疾病等により、介護が困難な状態のため <input type="checkbox"/> 入所希望者の身体状態等から在宅での介護負担が大きい <input type="checkbox"/> 介護者が就労や育児等から介護が困難なため <input type="checkbox"/> 施設や病院から退院を求められ、在宅での介護は困難なため <input type="checkbox"/> その他 _____					
身体状況・生活状況等について						
身長	c m			体重	k g	
移動手段	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 他 ()					
食事摂取	<input type="checkbox"/> 自己摂取 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助					
排泄状況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助					
	おむつ使用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
入浴状況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助					
洗面状況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助					
更衣状況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助					
現在の居住先	<input type="checkbox"/> 在宅 (<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅以外 _____) <input type="checkbox"/> 病院・施設 病院・施設名 _____ 住所 _____ 連絡先 _____ ()					
世帯状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 夫婦 <input type="checkbox"/> 子供同居 <input type="checkbox"/> その他 ()					
健康保険	<input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 生活保護受給中					
年金受給	<input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 国民 <input type="checkbox"/> 厚生 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 老齢福祉 <input type="checkbox"/> 恩給) <input type="checkbox"/> 無 (受給月額 約 _____ 円)					

現傷病名					
必要な医療	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 他 _____				
認知症状	<input type="checkbox"/> 有（下記に記入） <input type="checkbox"/> 無				
	主な症状 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行為 <input type="checkbox"/> 大声奇声 <input type="checkbox"/> 物忘れ <input type="checkbox"/> 幻視幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）				
介護者の状況	主たる介護者	<input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 子供 <input type="checkbox"/> 親族 <input type="checkbox"/> 他（ _____ ） <input type="checkbox"/> なし			
	主たる介護者の健康状態	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病弱 <input type="checkbox"/> 病気治療中 <input type="checkbox"/> 他（ _____ ）			
	主たる介護者の就労状況	<input type="checkbox"/> 働いている <input type="checkbox"/> 働いていない <input type="checkbox"/> 他（ _____ ）			
	介護を手伝う方	<input type="checkbox"/> いる（下記に記入） <input type="checkbox"/> いない 手伝う方がいる場合 <input type="checkbox"/> 親族 <input type="checkbox"/> 近所の方 <input type="checkbox"/> 他（ _____ ）			
生活面	趣味				
	酒	<input type="checkbox"/> 飲む <input type="checkbox"/> 飲まない	喫煙	<input type="checkbox"/> 吸う <input type="checkbox"/> 吸わない	
	宗教信仰	<input type="checkbox"/> ある（ _____ ） <input type="checkbox"/> なし			
	生活歴	出生地		婚姻歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
		子供	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ _____ 人：男 人・女 人）		
		兄弟関係	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ _____ 人：男 人・女 人）		
仕事		※ 以前の職業			
他施設申込状況	<input type="checkbox"/> 当施設のみ申込みをしている。 <input type="checkbox"/> 他の施設も申込みをしている。また、申し込む予定である。				
入所希望に至った経緯等をご記入下さい。					

※介護保険被保険者証の写しを添付して下さい。また、医療情報書等がございましたら、写しを添付して下さい。

施設記入欄	
受付日 年 月 日	添付資料 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険証写 <input type="checkbox"/> 医療情報等写 <input type="checkbox"/> その他資料（ _____ ）

※担当のケアマネジャーへご記入をご依頼下さい。

介護支援専門員 意見書

(フリガナ) 入所希望者氏名			介護保険被保険者番号										
	様												
ケアプラン について	在宅サービス利率	%											
	利用している介護サービス												
	サービス名						利用回数等						
	サービスに対する本人または家族の希望等												
本人の状況	身体の状況												
	認知症等について												
	疾患等について												
その他 留意すべきこと													
担当ケアマネジャー氏名			様										
事業所名													
連絡先			()										