

喜久松苑 入所申込書

ご記入日 年 月 日

入所希望者氏名	フリガナ	性別	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日 (歳)
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			
	住 所	〒			
申込代理人	氏 名	フリガナ	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	年 月 日 ~ 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"/> 単独 <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	()													