

うつくしの里 入居申込書

うつくしの里 施設長 様

うつくしの里に入居したいので、関係書類を添付して申込みます。

添付書類 1. 個人情報の取り扱いに関する同意書 2. 在宅サービス利用票（該当者のみ）

添付書類や記載された内容が事実と異なる場合は、入所ができない場合がございますのでご注意ください。

(入居希望者との続柄)

申込者	()
連絡先 氏名	—
住所	—
電話番号	— —

【入所希望者の状況】

フリガナ		性別	生年月日
氏名		男・女	大正・昭和・平成 年 月 日生(歳)
現住所	郵便番号 —	電話番号	— —
介護保険証 被保険者番号		保険者名(市町村)	
要介護度認定	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5		
	認定期間 年 月 日 ~ 年 月 日		
住まいの 状況	<input type="checkbox"/> 在宅 → サービス利用票、サービス利用票別表（直近3カ月分）のコピーを添付して下さい		
	居宅介護支援事業所		担当ケアマネジャー
	※サービス付き高齢者住宅、住宅型有料老人ホームは在宅となります ↳ (施設名: 入所日: 年 月 日)		
	<input type="checkbox"/> 病院又は施設へ入所・入院中 ※施設例: 老人保健施設、介護医療院、介護付き有料老人ホーム、グループホーム、ケアハウス等 〔入院中の方→病名: 〕 (病院・施設名: 期間: 年 月 日~ 年 月 日まで) (病院・施設名: 期間: 年 月 日~ 年 月 日まで) (延べ入院・入所期間 <input type="checkbox"/> 2年以上 <input type="checkbox"/> 1年以上2年未満 <input type="checkbox"/> 1年未満)		
主な病歴			
医療処置	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(下記に該当あればチェックをお願いします)		
	<input type="checkbox"/> 経管栄養(鼻腔・胃ろう) <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 気管切開		
	<input type="checkbox"/> 尿カテーテル <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 点滴		
	<input type="checkbox"/> 糖尿病〔食事療法・内服・インシュリン注射(固定・変動) (回/日)〕 <input type="checkbox"/> 麻薬等による疼痛コントロール(内服・点滴・注射) <input type="checkbox"/> 医師による注射() <input type="checkbox"/> その他()		
認知症 について	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(軽度・中度・重度)		
	<input type="checkbox"/> 物忘れ <input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> 作話 <input type="checkbox"/> 幻視幻聴 <input type="checkbox"/> 異食行為 <input type="checkbox"/> 性的迷惑行為		
	<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 落ち着きない <input type="checkbox"/> 外出して戻れない <input type="checkbox"/> 一人で出たがる <input type="checkbox"/> 物を壊す <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 大声を出す <input type="checkbox"/> 介護に抵抗 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 感情不安定 <input type="checkbox"/> 収集癖 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> その他()		
身体機能 について	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助が必要 <input type="checkbox"/> 全て介助(経管栄養の方は全介助へチェック)	
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立されている <input type="checkbox"/> 一部介助が必要 <input type="checkbox"/> 全て介助	
	歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 付き添い等一部介助が必要 <input type="checkbox"/> 歩行はできず車イスを使用	
	寝返り	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助	
	床ずれ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部位:)	

該当する在宅での日常生活困難な事由(要介護1又は2の者は必ずチェック等は記入し、詳細は※項目に記入すること。)	<input type="checkbox"/> 認知症である者であって、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られる。 <input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られる。 <input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待等が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難である。 <input type="checkbox"/> 単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である等による支援が期待できず、かつ、地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分である。
入所を希望する理由(一番近い状況1ヶ所にチェックを入れて下さい)	<input type="checkbox"/> 身寄りがいない <input type="checkbox"/> 主たる介護者が長期入院中等、事実上の単身状況 <input type="checkbox"/> 主たる介護者が要介護認定を受けている <input type="checkbox"/> 主たる介護者が就労困難や、家事等日常生活が送れない程の病気、障害を有する <input type="checkbox"/> 主たる介護者が75歳以上の高齢者2人世帯、主たる介護者が要支援の認定を受けている <input type="checkbox"/> 主たる介護者が複数介護、育児、就業している <input type="checkbox"/> 主たる介護者が介護に専従しているが介護が困難な状況
※入居判定で特に配慮して欲しい事項等	

【主介護者の状況】

※申込者と主介護者が同じ場合でも、必ずご記入ください。

※入所希望者が施設、病院等で過ごされている場合は、書類の手続きや金銭管理などを主に
行っている方をご記入ください。

主介護者	フリガナ		性別	生 年 月		
	氏名		男・女	T・S・H	年 月 日(歳)	
	住所	郵便番号 —				
	主 介 護 者 の 健 康 状 態					
	<input type="checkbox"/> 要介護状態(要介護) <input type="checkbox"/> 要支援状態(要支援) <input type="checkbox"/> 障害を有する(種 級) 障害の名称() <input type="checkbox"/> 病気(就労困難、家事等日常生活が送れない程の状態の方は以下にご記入下さい) ()					
	入居希望者との関係	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他 ()				
	同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居(同一敷地内含む) <input type="checkbox"/> 別居				
就業状況等	<input type="checkbox"/> 就業している <input type="checkbox"/> 介護に専従している <input type="checkbox"/> 育児を行っている <input type="checkbox"/> 複数の介護をしている(状況:)					
家族等の状況	家 族 図		氏 名	続柄	生年月	同居の有無
					年 月	同居・別居(在住)
					年 月	同居・別居(在住)
					年 月	同居・別居(在住)
					年 月	同居・別居(在住)
					年 月	同居・別居(在住)

男本人 女本人 男 女 男死亡 女死亡 同居は困む

(以下には記入しないで下さい)

メモ				
1	2	3	総合評価/合計点	
受付番号	受付日	年 月 日	受付者	