

申 込 書

社会福祉法人 博悠会					施設長	相談員	
文書コード	作成日	Version	改訂日	ページNo			
1-1-100.01	011224	3.0	111201	1/1			

申込日	平成	年	月	日	受付日	平成	年	月	日
-----	----	---	---	---	-----	----	---	---	---

フリガナ		男 女	生年月日	明・大・昭 年 月 日生(歳)		
氏 名				同居の有無: <input type="checkbox"/> 同居者有 <input type="checkbox"/> 独居		
住 所	〒 -			TEL: - -		

入所希望施設	<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム (<input type="checkbox"/> まめじま <input type="checkbox"/> さかえ <input type="checkbox"/> とみたけ <input type="checkbox"/> なかの <input type="checkbox"/> こうしょく) <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 (<input type="checkbox"/> とぐら) <input type="checkbox"/> グループホーム (<input type="checkbox"/> やなぎはら <input type="checkbox"/> よしだ)					
--------	---	--	--	--	--	--

被保険者番号		国 籍	<input type="checkbox"/> 日 本 <input type="checkbox"/> その他()				
--------	--	-----	--	--	--	--	--

保険者名	<input type="checkbox"/> 長野市 <input type="checkbox"/> 須坂市 <input type="checkbox"/> 千曲市 <input type="checkbox"/> 坂城町 <input type="checkbox"/> 中野市 <input type="checkbox"/> 飯山市 <input type="checkbox"/> 野沢温泉村 <input type="checkbox"/> 栄村 <input type="checkbox"/> 木島平町 <input type="checkbox"/> 山ノ内町 <input type="checkbox"/> 津南町 <input type="checkbox"/> その他()					
------	--	--	--	--	--	--

要介護認定	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <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					
-------	--	--	--	--	--	--

担当の居宅介護支援事業所	事業所の名称			担 当 者		
	TEL: - -					

介護保険負担限度額	<input type="checkbox"/> 第一段階	<input type="checkbox"/> 第二段階	<input type="checkbox"/> 第三段階	<input type="checkbox"/> 第四段階
-----------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------

健康保険	種類	
------	----	--

年金の種類等	種類	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 老齢福祉年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 恩給 <input type="checkbox"/> 共済年金 <input type="checkbox"/> その他					
--------	----	--	--	--	--	--	--

居宅サービスの利用状況	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問リハ <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 老健施設 <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 前月の介護保険利用実績 単位(直近3ヶ月の平均 単位)					
-------------	---	--	--	--	--	--

現在・過去の 入所・入院状 況	現在	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> その他	年 月 日 ~ 年 月 日
		名称	理由
	過去	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入所	年 月 日 ~ 年 月 日
		名称	理由

入所を希望する理由(該当する事項に全て記入すること)	<input type="checkbox"/> 介護者がいないため
	<input type="checkbox"/> 介護者が高齢・障害・疾病等のため
	<input type="checkbox"/> 介護者が就労・育児等のため
	<input type="checkbox"/> 介護者が不在となる時間があり、不安を抱えているため
	<input type="checkbox"/> 居宅サービスの限度額を超えており、経済的負担が大きい
	<input type="checkbox"/> 介護者の身体的・精神的負担が大きい
	<input type="checkbox"/> 現在入院(入所)している病院、老健等から退院(退所)を求められているが、在宅生活が困難であるため < 年 月 日頃退院(退所)予定 >
	<input type="checkbox"/> 其他 ()

居室の希望	<input type="checkbox"/> 4人部屋 <input type="checkbox"/> 個室 居住費 + 室料(居室形態に応じて費用が変わります。※特養・老健) <input type="checkbox"/> 2人部屋 <input type="checkbox"/> 特別個室 *グループホームは個室のみとなり家賃(居住費)となります。					
-------	--	--	--	--	--	--

他の施設への申し込み状況	<input type="checkbox"/> ある :					
--------------	-------------------------------	--	--	--	--	--

身元引受人の 情報	フリガナ		性別	居住	生 年 月 日		
	氏名		男 女	同居 別居	明・大・昭・平 年 月 日 歳		
	住所	〒 -	TEL: 携帯:	- - - -	申込者との 関係	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 子	

主たる介護者の 状況	フリガナ		性別	居住	生 年 月 日		
	氏名		男 女	同居 別居	明・大・昭・平 年 月 日 歳		
	住所	〒 -	TEL: 携帯:	- - - -	申込者との 関係	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 子	
	介護の 状況				要介護認定の有無	有・無	
				要介護状態区分			

介護者自身の介護認定状況をお書き下さい。

家族状況	氏名	年齢	続柄	同居の区分	備考(家系図・職業・勤務先・住所など)																																	
				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居																																		
				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居																																		
				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居																																		
				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居																																		
医療情報	現在の病気																																					
	主な病歴																																					
	服薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有:																																				
	医療的状态	<input type="checkbox"/> 鼻腔栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> その他:()																																				
身体状況	身長・体重	身長	cm	体重	kg	褥そう	<input type="checkbox"/> 有り																															
		(体格)				(床ずれ)	(程度)																															
	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 全盲 <input type="checkbox"/> 緑・白内障(右・左) <input type="checkbox"/> 眼鏡等使用																																				
	聴力	<input type="checkbox"/> 聞こえる <input type="checkbox"/> 聞こえにくい・補聴器(有・無) <input type="checkbox"/> 聞こえない(両側・右・左)																																				
	会話	<input type="checkbox"/> 話せる <input type="checkbox"/> 言語障害あり <input type="checkbox"/> 返事のみ <input type="checkbox"/> 話せない <input type="checkbox"/> その他()																																				
おむつの使用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> 有(夜のみ) <input type="checkbox"/> 有(昼夜) *特記事項()																																					
日常生活動作の状況	歩行	<input type="checkbox"/> 自分で可(自力歩行) <input type="checkbox"/> 自分で可(杖歩行) <input type="checkbox"/> 自分で可(歩行器) <input type="checkbox"/> 一部介助(シルバーカー) <input type="checkbox"/> 自分で可(車椅子) <input type="checkbox"/> 一部介助(歩行) <input type="checkbox"/> 一部介助(車椅子) <input type="checkbox"/> 全介助(車椅子) <input type="checkbox"/> 全介助(ストレッチャー) *特記事項()																																				
	排泄	<input type="checkbox"/> 自分で可(トイレ) <input type="checkbox"/> 自分で可(ポータブルトイレ) <input type="checkbox"/> 一部介助(トイレ) <input type="checkbox"/> 一部介助(ポータブルトイレ) <input type="checkbox"/> 全介助(おむつ) <input type="checkbox"/> 全介助(バルーンカテーテル有) *特記事項()																																				
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経管栄養(胃ろう・鼻腔) 主食 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> おにぎり <input type="checkbox"/> ミキサー 副菜 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 歯の状態 <input type="checkbox"/> 入れ歯(上・下・部分) <input type="checkbox"/> おにぎり <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> 無(あるも使用してない含む)																																				
	入浴	<input type="checkbox"/> 自分で可(一般浴・個浴) <input type="checkbox"/> 一部介助(一般浴・個浴) <input type="checkbox"/> 全介助(一般浴・個浴) <input type="checkbox"/> 全介助(特浴) <input type="checkbox"/> その他()																																				
	着脱衣	<input type="checkbox"/> 自分で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助																																				
精神状況	性格	<input type="checkbox"/> 朗らか <input type="checkbox"/> 親しみやすい <input type="checkbox"/> 几帳面 <input type="checkbox"/> こり性 <input type="checkbox"/> 自分のことを気にしやすい <input type="checkbox"/> 人にとけ込めない <input type="checkbox"/> 好き嫌いが多い <input type="checkbox"/> わがまま <input type="checkbox"/> 頑固 <input type="checkbox"/> 短気 <input type="checkbox"/> 無口 <input type="checkbox"/> 融通がきかない <input type="checkbox"/> その他()																																				
	対人関係	<input type="checkbox"/> 拒否的である <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 協調的である																																				
	認知状態(精神状態)	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 認知症 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: top;"> <tr> <td>記憶障害</td> <td>重度</td> <td>中度</td> <td>軽度</td> </tr> <tr> <td>失見当</td> <td>重度</td> <td>中度</td> <td>軽度</td> </tr> </table> <input type="checkbox"/> 精神障害あり <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: top;"> <tr> <td><input type="checkbox"/>心気症状</td> <td><input type="checkbox"/>不安</td> <td><input type="checkbox"/>焦燥</td> <td><input type="checkbox"/>抑うつ状態</td> <td><input type="checkbox"/>興奮</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>幻覚</td> <td><input type="checkbox"/>妄想</td> <td><input type="checkbox"/>せん妄</td> <td><input type="checkbox"/>睡眠障害</td> <td></td> </tr> </table>																			記憶障害	重度	中度	軽度	失見当	重度	中度	軽度	<input type="checkbox"/> 心気症状	<input type="checkbox"/> 不安	<input type="checkbox"/> 焦燥	<input type="checkbox"/> 抑うつ状態	<input type="checkbox"/> 興奮	<input type="checkbox"/> 幻覚	<input type="checkbox"/> 妄想	<input type="checkbox"/> せん妄	<input type="checkbox"/> 睡眠障害	
	記憶障害	重度	中度	軽度																																		
	失見当	重度	中度	軽度																																		
<input type="checkbox"/> 心気症状	<input type="checkbox"/> 不安	<input type="checkbox"/> 焦燥	<input type="checkbox"/> 抑うつ状態	<input type="checkbox"/> 興奮																																		
<input type="checkbox"/> 幻覚	<input type="checkbox"/> 妄想	<input type="checkbox"/> せん妄	<input type="checkbox"/> 睡眠障害																																			
周辺症状	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: top;"> <tr> <td>1. 攻撃的行為</td> <td><input type="checkbox"/>ある <input type="checkbox"/>時々ある</td> <td>5. 異食行為</td> <td><input type="checkbox"/>ある <input type="checkbox"/>時々ある</td> </tr> <tr> <td>2. 自傷行為</td> <td><input type="checkbox"/>ある <input type="checkbox"/>時々ある</td> <td>6. 不潔行為</td> <td><input type="checkbox"/>ある <input type="checkbox"/>時々ある</td> </tr> <tr> <td>3. 夜間不眠</td> <td><input type="checkbox"/>ある <input type="checkbox"/>時々ある</td> <td>7. 失禁</td> <td><input type="checkbox"/>ある <input type="checkbox"/>時々ある</td> </tr> <tr> <td>4. 徘徊</td> <td><input type="checkbox"/>ある <input type="checkbox"/>時々ある</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/>ある <input type="checkbox"/>時々ある</td> </tr> </table>																			1. 攻撃的行為	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある	5. 異食行為	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある	2. 自傷行為	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある	6. 不潔行為	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある	3. 夜間不眠	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある	7. 失禁	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある	4. 徘徊	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある		<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある			
1. 攻撃的行為	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある	5. 異食行為	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある																																			
2. 自傷行為	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある	6. 不潔行為	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある																																			
3. 夜間不眠	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある	7. 失禁	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある																																			
4. 徘徊	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある		<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある																																			
趣味・嗜好品	趣味											酒											タバコ															
	好きな食べ物															嫌いな食べ物																						
特記																																						
個人情報に関する同意及び説明確認欄	私は、入所申込に際し、入所申込から入所契約までの入所決定方法について、施設の担当者から説明を受けました。 又、必要関係機関に介護に関する個人情報を提供・共有することを同意します。 年 月 日 利用者氏名 : 身元引受人氏名 :																																					