

# 記入例

入所希望のご本人の情報を記載します。

入所希望の施設を選択します。複数の選択もOKです。

選択肢の無い地域は、その他にチェックして市町村名を記入します。

担当のケアマネジャーの連絡先を記載します。居宅サービスを利用していない場合は空欄のまま構いません。

現在の状況と過去の状況をそれぞれ記載します。現在、自宅にて生活している場合は自宅にチェックします。

居室に応じて室料がかかります。

2人部屋(1日500円)  
個室(1日1,000円)  
特別室(1日2,000円)

詳しくは、担当窓口へお問い合わせください。

身元引受人と主介護者の方が同じ場合は、住所など重複する部分の記載がなくても構いません。

介護者自身も要介護認定を受けている場合は、要介護状態区分を記載して下さい。

介護者の介護している状況を簡単に記載して下さい。

居宅サービスの利用状況をチェックします。

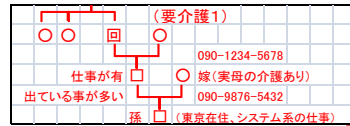
居宅サービスを利用していない場合は空欄のまま構いません。

介護者自身の介護認定状況をお書き下さい。

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 23年 11月 11日			受付日 平成 年 月 日			
フリガナ	ハクユウ タロウ		性別	男		
氏名	博悠 太郎		生年月日	明(大)昭 10年 12月 23日生(89歳)		
住所	〒381-0201 長野県上高井郡小布施町大字小布施10-20 山翠楼 1F 205号		同居の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 同居者有 <input type="checkbox"/> 独居		
TEL	026 - 247 - 7288					
入所希望施設	<input checked="" type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム ( <input checked="" type="checkbox"/> まめじま <input type="checkbox"/> さかえ <input checked="" type="checkbox"/> とみたけ <input type="checkbox"/> なかの <input type="checkbox"/> こうしよく ) <input checked="" type="checkbox"/> 介護老人保健施設 ( <input checked="" 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	0001234567		国籍	<input checked="" type="checkbox"/> 日本 <input type="checkbox"/> その他		
保険者名	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 認定期間 23年 6月 1日 ~ 24年 5月 31日					
担当の居宅介護支援事業所	事業所の名称		担当者			
	居宅介護支援事業所フランセーズ悠		吉田 悠子			
	TEL: 026 - 258 - 7059					
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 checked="" type="checkbox"/> 第四段階					
健康保険	種類 後期高齢者医療保険					
年金の種類等	種類 <input type="checkbox"/> 国民年金 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問リハ <input checked="" type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 老健施設 <input type="checkbox"/> 通所リハ <input checked="" 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 24800 単位 (直近3ヶ月の平均 24800 単位)					
現在・過去の入所・入院状況	現在 <input checked="" 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 <input type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 入所 H23年 5月 25日 ~ H23年 8月 23日 過去 名称 介護老人保健施設フランセーズ悠とぐら 理由 リハビリの為 <input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入所 H23年 4月 11日 ~ H23年 5月 25日 名称 ○○病院 理由 右大腿部頸部骨折のため					
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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> いづれ施設への入所を必要とするため <input type="checkbox"/> その他					
居室の希望	<input type="checkbox"/> 4人部屋 <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> ある : 特別養護老人ホーム○○ 介護老人保健施設○○					
身元引受人の情報	フリガナ	ハクユウ ヨシノリ	性別	同居	生年月日	
	氏名	博悠 善徳	男	同居	明・大・昭・平 25年 7月 25日生 61歳	
	住所	〒381-0022 TEL: 026-251-1651 携帯: 090-0000-0000		申込者との関係	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"/>	
		長野市大字大豆島360-3			<input checked="" type="checkbox"/> 子	
主たる介護者の状況	フリガナ	ハクユウ カイ	性別	同居	生年月日	
	氏名	博悠 かい	男	同居	明・大・昭・平 2年 8月 15日生 84歳	
	住所	〒381-0201 TEL: 026-247-7288 携帯: - -		配偶者	<input checked="" type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 子	
		上高井郡小布施町 大字小布施10-20 山翠楼 1F 205				
	介護の状況	自分自身が要介護1の状態、夫の介護には手が出なくなってきた。トイレの介助がやっとのこと。食事は、配食サービスでなんとかやっている。			要介護認定の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
					要介護状態区分	要介護1

家族・親族の状況を記載します。

家系図や家族・親族に関する連絡先や就業状況、緊急時にかかる連絡先など記載します。



医療情報を記載します。出来る限り、既往歴に漏れが無いようにお願いします。

また、老健の申し込みには、申し込みの際に診断書が必要となります。

現在の食所の状態・形状をチェックします。

この項目にない状態や形状などありましたら、最後の特記欄に記載をお願いします。

全ての項目において特記すべき内容があれば記載ください。

また、お申し込みの際に考慮すべき必要事項など御記載ください。

氏名	年齢	続柄	同居の区分	備考(職業・勤務先・住所など)
博悠 喜恵	62	子の妻	<input type="checkbox"/> 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居	例 実母の介護有 000-1234-5678
博悠 義雄 (東京)	34	孫	<input type="checkbox"/> 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居	東京在住、システム関係の仕事 000-9876-5432
博悠 安栄 (グループホーム)	83	妹	<input type="checkbox"/> 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居	松本市在住
大豆 寿子 (松本市)	76	妹	<input type="checkbox"/> 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居	〇〇グループホーム入所中
			<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
			<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	

現在の病気	認知症		
主な病歴	高血圧 H23、右大腿部頸部骨折		
服薬	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有:		
医療的状態	<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:( )		
身長・体重	身長 168 cm 体重 56 kg	褥そう	<input type="checkbox"/> 有り
	(体格 中肉中背)	(床ずれ)	(程度)
視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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( )		
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 checked="" 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 checked="" 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(パルーンカテーテル有)		
	*特記事項( )		
食事	<input checked="" 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)	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> 副菜 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 歯の状態 <input checked="" type="checkbox"/> 入れ歯(上・下・部分) <input type="checkbox"/> おにぎり <input type="checkbox"/> ミキサー <input checked="" type="checkbox"/> -ロ大 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> 無(あるも使用していない)	
入浴	<input type="checkbox"/> 自分で可(一般浴・個浴) <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
性格	<input type="checkbox"/> 朗らか <input checked="" type="checkbox"/> 親しみやすい <input type="checkbox"/> 几帳面 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 協調的である		
認知状態(精神状態)	<input type="checkbox"/> 正常 <input checked="" type="checkbox"/> 認知症	<input type="checkbox"/> 記憶障害 軽度 中度 重度 <input type="checkbox"/> 失見当 軽度 中度 重度	<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"/> 幻覚 <input checked="" type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 睡眠障害
周辺症状	1. 攻撃的行為 <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 3. 夜間不眠 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある 4. 徘徊 <input type="checkbox"/> ある <input checked="" type="checkbox"/> 時々ある	5. 異食行為 <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 7. 失禁 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある	
趣味・嗜好品	趣味 昔は釣りが好きだった	酒 毎晩晩酌	タバコ 吸わない
	好きな食べ物 刺身 焼き魚	嫌いな食べ物 ニンジン (絶対に食べない)	
特記	大腿部骨折をさかんに、歩行が出来なくなりました。入院中、夜間に妄想が始められています。夜間時々妄想が出て、起きてひとりごとを言う事があります。 老健フランチーズ悠こうしよくに入所の時は、たまたま車イスで廊下を徘徊していたことがありました。 同居の主介護者の妻の状態も悪くなって来ており、デイサービスなど頑張ってきましたが限界を感じています。		
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。 H 2 3 年 1 1 月 1 1 日 利用者氏名 : 博悠 太郎 身元引受人氏名 : 博悠 善徳		

身体状況や日常生活動作の状況は、それぞれ該当すると思われる項目にチェックを入れてください。項目により複数にチェックがまたがる場合は該当する部分に複数チェックを入れてください。

例 おむつの使用  
リハビリパンツ 有(夜のみ)

入れ歯は、上下両方であれば二つとも囲む。また、上の部分入れ歯出あれば、上と部分の両方に〇をして下さい。

例 上・下・部分

認知症状に関する項目で該当すると思われる部分にチェックを入れてください。

該当しない場合は、空欄のまま構いません。

入所のお申し込みにあたり、説明確認のご同意と、個人情報に関するご同意のご署名が必要となります。尚、個人情報は、必要関係機関(入院先の医療機関・入所先の施設・居宅介護支援事業所など)との連携・共有をさせていただきます。受け付けの際に、ご同意頂けないとお申し込みが出来ませんので必ずご同意のご署名をお願い致します。ご不明な点は、受付窓口にご確認頂きますようお願い致します。