

介護老人福祉施設 青梅療育院 入所申込書

申込年月日 平成 年 月 日

申込代行者 (連絡先)

住所	〒	入所希望者との関係	
フリガナ		電話番号	
氏名			

入所希望者 (各項目に御記入と該当する箇所には☐をお願いします)

フリガナ		性別	男	・	女		
氏名		介護度	1	2	3	4	5
生年月日	明・大・昭	年		月		日	(

現住所	〒	電話	
-----	---	----	--

介護保険について	被保険者番号	有効期限	年 月 日	保険者 (市区町村)	
----------	--------	------	-------	------------	--

健康保険	種別→	年金等	種別→
------	-----	-----	-----

障害手帳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	手帳の種類→
------	---	--------

現在利用しているサービスについて	(入所系サービス)	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設に入所している。 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設に入院している。 <input type="checkbox"/> 病院に入院している。 <input type="checkbox"/> 他の特別養護老人ホームに入所している。 <input type="checkbox"/> グループホーム、有料老人ホーム、養護老人ホーム等に入所している。 施設名又は病院名→ 所在地→
	(在宅サービス)	<input type="checkbox"/> 在宅サービスを利用している。 <input type="checkbox"/> 在宅サービスを利用していない。 利用中の在宅サービスの種類→

主たる介護者の状況について	<input type="checkbox"/> 身寄りも介護者も全くいない <input type="checkbox"/> 主たる介護者が遠方又は疾病があり長期入院中。 <input type="checkbox"/> 主たる介護者が高齢者・障害者または疾病があり在宅療養中。 <input type="checkbox"/> 主たる介護者が育児中または複数の被介護者である。 <input type="checkbox"/> 主たる介護者が就業している。 <input type="checkbox"/> 上記にあてはまらない。
---------------	--

主たる介護者を手伝う方	<input type="checkbox"/> 主たる介護者を手伝う方がいる。 <input type="checkbox"/> 主たる介護者を手伝う方がいない
-------------	---

住宅の状況	<input type="checkbox"/> 立ち退きを求められている <input type="checkbox"/> 住宅の構造上、介護するのに問題がある。(具体的に→) <input type="checkbox"/> 住宅の構造上、介護するのに問題はない。
-------	---

申込理由	
------	--

(同意)
 私は、貴施設に入所を希望します。入所申込に関する情報について、保険者や市町村から状況把握の為に提示を求められる事、及び貴施設の入所担当者または貴施設の指定する居宅介護支援事業所へ提供する事に同意致します。

平成 年 月 日 氏名

施設長	事務長	相談員

介護老人福祉施設入所申込に伴う意見書 (入所希望者の状況について)

身体 の 状 況	食事摂取	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助					
	食事の種類	(主食)	<input type="checkbox"/> 常食	<input type="checkbox"/> 半粥	<input type="checkbox"/> 全粥	<input type="checkbox"/> パースト	<input type="checkbox"/> 胃ろう
		(副食)	<input type="checkbox"/> 常食	<input type="checkbox"/> 刻み	<input type="checkbox"/> 極刻み	<input type="checkbox"/> パースト	<input type="checkbox"/> 胃ろう
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助 (オムツの使用) → <input type="checkbox"/> 昼夜 <input type="checkbox"/> 夜のみ <input type="checkbox"/> 使用なし (尿意) → <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない (便意) <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない					
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助					
	更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助					
	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助					
	歩行	<input type="checkbox"/> つかまり歩行 <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 寝たきり					
	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 人の動きが分かる程度 <input type="checkbox"/> ほとんど見えない <input type="checkbox"/> 全盲					
	聴力	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 大きな声で聞こえる <input type="checkbox"/> 耳もとで大きな声で聞こえる <input type="checkbox"/> その他 (
※身体の状況について補足すべき事項がございましたら御記入下さい。							
認知 症・ 精神 の 症 状	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。 <input type="checkbox"/> 日常生活に支障を来たす様な症状・行動や意思疎通の困難差が多少見られても、誰かが注意すれば自立できる。 <input type="checkbox"/> 日常生活に支障を来たす様な症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。 <input type="checkbox"/> 日常生活に支障をきたす様な症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。 <input type="checkbox"/> 著しい精神状態や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。 						
	※徘徊など介護や見守りを要する認知症の症状や特記すべき事項がございましたら御記入下さい。						
医療 につ いて	医療的処置	<input type="checkbox"/> 排尿カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ(人工肛門) <input type="checkbox"/> 経管栄養(鼻腔・ 胃ろう) <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> その他 ()					
	現在治療中の病気	病名	病名	病名	病名	病名	
		病名	病名	病名	病名	病名	
	既往歴	病名	病名	病名	病名	病名	
		病名	病名	病名	病名	病名	
現在内服中の薬							
その他	※その他の留意点がございましたら御記入下さい。						
記 入 者	事業所名等		職種		氏名		