介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)長寿荘 入居申込書<H23>

ふりがな 氏 名		保険者名称(市町村名)	
		介護保険被保険者番号	
生年月日	明治・大正・昭和　　年　　月　　日（　　歳）	性 別	男　・　女
要介護度 ※直近の認定結果	自立 ・要支援１２・介護度１・介護度２・介護度３・介護度４・介護度５・申請中（新規・更新） （認定の有効期間：保険証記載　　年　月　日　～　　年　月　日）有効期限内を確認		
入居希望理由 ※複数回答 可	□ 本人が独り暮らしで日常生活に支障が生じている　□ 他にも介護をしなければならない家族がいる □ 介護者(家族等)が、高齢・病弱・就労・育児等のため介護が難しい □ 居住環境の事情により、在宅での介護が困難である　□ 病院や他の施設から退所を求められている □ 介護保険の在宅サービス利用限度を超えるなど、費用負担が困難である □ その他（上記項目の補足や介護で特に困っていることがありましたらお書き下さい）　※ 面談職員特記記入も可 （　　）		
認知の状況 ※複数回答 可	□ 問題なし □ 認知症（痴呆）　あり ⇒ 以下のうち、特に支障が生じていることについてのみレ印を付けて下さい □ 自分で物をしまい無くしたり、誰かに物を盗られるような妄想がある　□ 夜間眠らない □ 自分の部屋や便所の場所が判らないなど、家のなかで迷いさまよい歩く　□ 意思の疎通が困難 □ 電話や留守番での受け答えができずトラブルになった　□ ひんぱんに服を脱ぐ □ 金銭の勘定が出来なくなった　□ 同じ事を何度も言う　□ 食べ物以外を食べる □ 鍋を焦がすなど火の不始末がある　□ 意味不明の言動がある　□ 大便をいじる □ 奇声を上げる　□ 便所以外の場所で放尿する　□ 家族（介護者）への暴言や抵抗がある □ その他の症状（以下にお書き下さい）　※ 面談職員特記の記入も可 （　　）		
身体の状況 ※食事･入浴･排泄･歩行･医療の対応等について	＜ 日常生活 ＞ ※ 次のア～エのうち、ほぼ当てはまるものに、１つ ○印を付けて下さい ア　身の回りのことは大体自分で出来て、１人で隣近所へ外出できる イ　家の中では寝たり起きたり自力で過ごせるが、外出時には介助が必要 ウ　ベッド上で過ごすことが多いが、車椅子等への移乗やトイレはほぼ自立 エ　ベッド上で過ごすことが多いが、介助を受けて車イスやトイレを使用 オ　１日中ベッド上で過ごし自分では身動き出来ず、全てに介助が必要 その他の特記事項　※ 面談職員特記の記入も可 （　　） ＜ 医療の対応 ＞ ※　当てはまるものに、レ印を付けて下さい。 □ 経管栄養　□ 人工肛門　□ 胃ろう　□ 在宅酸素　□気管切開 □ インシュリン注射（状況　　）　□ 尿管カテーテル □ ペースメーカー（状況　　）　□ その他 その他の特記事項　※ 面談職員特記の記入も可 （　　）	＜ 生活の様子 ＞ 必ず記入	
		食事	自立･介助（全て/一部） 常食･きざみ･粥･他
		排泄	自立･ポータブル等 リハパン･おむつ･他
		移動	自立･杖や歩行器 車椅子(自走/介助)
		入浴	一般浴槽･機械浴槽･･ 不明（　　）
		座位保持	可能 不可（　　）
		更衣整容	自立･一部介助 全介助･･(　　)
		視覚障害	あり（病歴 有・無） なし
		聴覚障害	あり(難･中)　なし 補聴器等･(　　)
		言語障害	あり　なし (　　)

裏面もお忘れなくご記入ください　　<H23.4>

身体の状況	＜ 医療の対応 ＞ 続き □ 既往歴や医療面で特に注意することについて、具体的にお書きください。※ *面談職員特記の記入も可* （　　） ＜感染症の有無＞　□ あり（　　）　□ なし ＜褥瘡/皮膚処置有無＞ □ あり（　　）　□ なし ＜かかりつけ医（主治医）＞ 医療機関名（　　）　所在地（　　）
現在の状況 ※ 詳細を記入	□ 自宅　□ 病院・老人保健施設（　　）□ その他（　　）
入居の希望時期	□ （空きがあれば）今すぐに入居したい　□ 1～2 年程度後が良い □ 特に希望はない（介護の必要性が高まった時に入居したい など）
参考項目　収入状況	□ 国民年金　□ 厚生年金　□ 共済年金　□ 恩給　□生活保護　□ その他（　　）
参考項目　介護保険負担限度額認定証	□ 申請済み（□第４段階　□第３段階　□第２段階　□第１段階）　□ 未申請　□ 不明
参考項目　利用料支払	当施設の利用料の支払い予定についてお答えください（参考） □ 本人負担　□ 一部縁故者負担　□全額縁故者負担　□ その他
参考項目　他施設申込	□ 申込なし　□ 申込(予定)あり ⇒ 当施設も含めた入居希望施設 第１希望　第２希望　第３希望　第４希望 ＿＿＿＿　＿＿＿＿　＿＿＿＿　＿＿＿＿

申込者欄 ＜家族等＞

※ 今後、入居申し込みに関する電話連絡に返答が可能な方を記入してください

説明確認欄	入居申込に係る説明事項について確認しました 平成　年　月　日　　署　名		
ふりがな 氏　名		本人との 続　柄	

住　所（郵便物の送付や施設からの連絡先）　※ 家族等の場合、入居契約の代理人となれる方をお願いします

〒　　－

連絡先電話番号　　－　　－

申込代理者欄 ＜介護支援専門員＞

※ 本人又は家族等を代理して介護支援専門員が申込む場合は、当欄に記入･確認願います

代理申込を行う介護支援専門員	ふりがな 氏　名	連絡先 電話番号	－　－
介護支援事業所			

代理申込を行う介護支援専門員の意見

※ 本人又は家族等への連絡先を、上記申込代理者欄＜家族等＞に記入して下さい

説明確認欄	入居申込に係る説明事項について確認の上、申込本人又は家族等にその旨を報告します 平成　年　月　日 代理申込介護支援専門員署名

○必ず、有効期限内の介護保険被保険者証（介護保険資格者証でも可）の写しを添付してください。

○申し込み後、介護度や入院先の変更など、大きな変化が生じた場合には、随時、ご連絡ください。

○申込者の個人情報は当施設における待機者管理に使用するほか、群馬県及び市町村の行う「入居申込状況調査」に情報提供します。また、同調査において他施設との情報共有を行っています。

施設記入欄

相談受付者	*受付日:　　／　　（　）　：　～　：*

表面もお忘れなくご記入ください　　<H23.4>