

妙高市介護施設利用申込書 記入例 (1/3)

【様式1】

(1)利用者および申請者に関すること

記入日:平成〇〇年 〇月 〇日

フリガナ	フクシ ハナ	性別	生年月日	明 昭 〇 年 〇 月 〇 日 (〇〇 歳)
利用者氏名	福祉 ハナ	女	住所	〒 123-456 妙高市〇〇町〇〇番地 TEL
要介護度	被保険者番号	認定期間 年 月 日 ~ 年 月 日 ・申請中		
居宅介護支援事業所	△△在宅介護支援センター (担当ケアマネ) 介護 良子 TEL〇〇-〇〇〇〇			
現在の状況	1 自宅(独居・同居) (主介護者 長男) 2 病院入院中(入院日: 年 月 日より、病院名:) 3 施設入所中(入所日: 年 月 日より、施設名:)			
利用中のサービス	訪問介護 訪問入浴 訪問看護 訪問リハビリテーション 短期入所生活介護 通所介護 通所リハビリテーション 短期入所療養介護 小規模多機能型居宅介護 認知症対応型共同生活介護 その他()			
経済状況	1か月にお支払い可能な金額 ⇒ ¥ 〇〇〇〇 / 月	《年金種類》	《介護保険負担限度額認定》※食費額に〇を 300円 390円 650円 該当なし	

太字の欄は介護保険証の内容を記入して下さい

ケアマネが負担限度額認定証に載っています。不明な点は担当

◎申請者情報

フリガナ	フクシ タロウ	続柄	続柄
申請者氏名	福祉 太郎	長男	長男
申請者連絡先	〒	TEL (自宅)	TEL (携帯)
申請者以外の連絡先	《氏名》	《続柄》	例) 兄弟、姉妹等(長男や長女等)の住所を記入 TEL (携帯)
希望居室	多床室 個室 どちらでも (※グループホームは個室のみです)		
入所目的(申請理由)	本人	例) 夫が亡くなり一人暮らしが不安。子供も遠方で頼るのが難しい	
	家族	例) 主介護者が高齢で腰痛も持病もあり自分の事で精一杯の為、面倒がみれない	
		例) 自宅が山間地であり旧家である事から介護するには様々な障害がある	
入所希望期間	平成 年 月 日 ~ () まで / できるだけ長く		
希望する退所後の経路	1 自宅へ(年 月 日ころを予定) 2 他施設(施設名:) 申込中 ・ 申込未 3 未定(本人次第 ・ 介護者次第)		

◎家族情報(同居・別居ともに。※家族構成図は記入しなくて結構です)

同居者	続柄	年齢	勤務先など	家族構成図 ※
福祉 太郎	長男	56	株式会社 ▲▲ (〇〇-〇〇〇〇)	ご利用希望者様と同居しているご家族様を記入して下さい
福祉 花子	長男嫁	50	△△スーパー (〇〇-〇〇〇〇)	
福祉 一郎	孫	15	学生 (〇〇学校)	
別居の親族	続柄	年齢	住所	電話番号
福祉 良男	次男	53	長野県〇〇市	ご利用希望者様と別居されているご家族様を記入して下さい
妙高 里子	長女	60	東京都〇〇区	

妙高市介護施設利用申込書 記入例 (2/3)

(2) 医療状況

	傷病名	発症年月日	医療機関名	入院の有無
既往歴	脳梗塞	〇〇年〇月 〇日	〇〇病院	有・無
	肺炎で入院	〇〇年 〇月 〇日	現在、定期受診や薬の内服等をしている病気から優先的に記入して下さい	有・無
		年 月 日		有・無
		年 月 日		有・無
		年 月 日		有・無
内服中の薬	※おくすり手帳のコピーか、薬処方の際にでる用紙の添付でもけっこうです			
かかりつけ医	〇〇 病院・医院		〇〇先生	

(3) 生活に関すること

生活歴(出身地・学歴・結婚・職業・趣味・娯楽など)			
地元で就職し25歳頃に結婚する。結婚後は農業で生計を立てていた。			
テレビや読書を好み他人とお茶を飲むなどの事はほとんどなかった。			
飲酒	飲む(飲酒量:)	以前は飲んでいたが今は飲まない	飲 ま ない
喫煙	吸う(喫煙量:)	以前は吸っていたが今は吸わない	吸 わ ない
嗜好	好き嫌い(<u>煮た野菜が好き</u>)		
(本人・希望する家族とも)	病気や健康面		
	脳梗塞後遺症で左麻痺があり現在も内服している。		
	転倒、転落等の事故に気をつけて下さい		
	食事・栄養面		
	嫌いな物はなく何でも食べる。お茶でムセる事があるのでトロミは必要		
	食事途中で疲れて手が止まってしまう事があるので声かけや介助をお願いします		
	日常生活面(リハビリなど)		
左麻痺があり拘縮があり堅くならないようにストレッチ等お願いします			
また立位が少しでも安定する事が出来るようリハビリを希望します			

(4) 性格・認知症に関すること

性格傾向	気難しい。本人が納得しないとどんなに説得しても聞かない
対人関係	外交的ではない。一人での事を好む
認知症による問題	無 〇 ・有 ⇒ 「認知症専門医」への受診状況【なし・あり・現在も通院中】

【情報収集及び情報提供に係わる同意について】

私は、妙高市の施設への入所申込みに際し、私(入所希望者およびその家族等)に関する情報を市町村や担当地域包括支援センター、居担介護支援事業所、他の居宅サービス事業所、介護施設及び医療機関から収集し、さらに関係機関に対し提供することに同意します。

【説明確認及び情報収集に関わる同意について】の欄のみコピーが不可ですのでこの欄のみ各枚数分署名し捺印をお願いします

利用者氏名	福祉 ハナ	(印)
申請者氏名	福祉 太郎	(印)

妙高市介護施設利用申込書 (3/3)

(5) 身体状況および日常生活動作に関すること

視力障害	右	<input checked="" type="radio"/> 無・ <input type="radio"/> 有 ()	眼鏡使用	聴力障害	右	<input checked="" type="radio"/> 無・ <input type="radio"/> 有 ()	補聴器使用	
	左	<input type="radio"/> 無・ <input checked="" type="radio"/> 有 (新聞の見出し程度)			<input checked="" type="radio"/> 無・ <input type="radio"/> 有	左		<input type="radio"/> 無・ <input checked="" type="radio"/> 有 (耳元で大きな声で)
言語	無・ <input checked="" type="radio"/> 有 状態 (ぼそぼそとしゃべる 等)							
麻痺	無・ <input checked="" type="radio"/> 有 部位 (左上下肢 左腕、左足 左半身 等)							
拘縮	無・ <input checked="" type="radio"/> 有 部位 (左肘が曲がってほとんど動かない状態 等)							
四肢の痛み	無・ <input checked="" type="radio"/> 有 部位 (左足を動かすと痺れるような痛み 等)							
皮膚疾患	無・ <input checked="" type="radio"/> 有 部位 (左腰に床ずれあり)							
寝返り	<input checked="" type="radio"/> 自立 つかまればできる 一部介助 全介助 (介助内容:)							
起き上がり	自立 つかまればできる 一部介助 全介助 (介助内容: 最期だけ背中を押す)							
座位保持	自立 つかまればできる 一部介助 全介助 (介助内容: 柵につかまっていれば大丈夫)							
立位保持	自立 つかまればできる 一部介助 全介助 (介助内容: 柵につかまっていれば大丈夫)							
移乗	自立 つかまればできる 一部介助 全介助 (介助内容: 腰をささえている)							
移動	独歩 杖 シルバーカー 歩行器() 車椅子(リクライニング式) つたい歩き いざり							
	自立 見守り 一部介助(介助内容: 左に行ってしまう。その都度方向修正) 全介助							
食事	自立 一部介助(介助内容: 食事後半介助) 全介助							
	主食形態(お粥)		普通・大盛・小盛		摂取量		ふつう ・少なめ・ムラあり	
	副食形態(軟らかく煮ている)		普通・大盛・小盛		摂取量		ふつう ・少なめ・ムラあり	
	食事制限 <input checked="" type="radio"/> 無・ <input type="radio"/> 有(内容)							
	アレルギー <input checked="" type="radio"/> 無・ <input type="radio"/> 有(内容)							
	嚥下状態		良好 <input checked="" type="radio"/> 不良	むせ	<input checked="" type="radio"/> あり なし	とろみ	<input checked="" type="radio"/> 必要 不要	
経管栄養		経鼻 胃ろう 腸ろう :栄養の種類() :総カロリー Kcal :白湯 ml/日 回数 回/日						
口腔ケア	自歯	<input checked="" type="radio"/> 無・ <input type="radio"/> 有	義歯	無・ <input checked="" type="radio"/> 有 (総義歯・部分義歯)				
	自立 一部介助(介助内容: 自歯のみ本人がみがいている) 全介助							
排泄	尿意	<input checked="" type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 不確か <input type="radio"/> 無	状態	<input checked="" type="radio"/> 正常 頻回 導尿 フォーレ その他()				
	便意	<input checked="" type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 不確か <input type="radio"/> 無	状態	1回/1日 自然 <input checked="" type="radio"/> 下剤 坐薬 摘便 浣腸 ストマ使用				
	日中	<input checked="" type="radio"/> トイレ <input type="radio"/> ポータブル <input type="radio"/> オムツ その他()	使用	<input checked="" type="radio"/> 布パンツ <input checked="" type="radio"/> 紙パンツ <input type="radio"/> パット <input type="radio"/> オムツ				
	夜間	<input type="radio"/> トイレ <input type="radio"/> ポータブル <input checked="" type="radio"/> オムツ その他()	使用	<input type="radio"/> 布パンツ <input type="radio"/> 紙パンツ <input type="radio"/> パット <input checked="" type="radio"/> オムツ				
入浴	普通浴 座位浴 寝台浴 <input checked="" type="radio"/> ベッドバス その他()							
	自立 一部介助(介助内容:) 全介助							
更衣	自立 一部介助(介助内容: ズボンの着脱全介助 上着は声をかければ出来る) 全介助							
意思疎通	問題なくできる やや問題あり 日常的に困難 できない							
不適応行動	<input checked="" type="checkbox"/> 家族・知人を混同するなど人を間違える <input type="checkbox"/> 暴力的・攻撃的になる <input type="checkbox"/> 物忘れがひどく食事や荷物の場所を忘れてしまう <input type="checkbox"/> 昼と夜が逆転している <input type="checkbox"/> 火器やマッチ等の火の不始末がある <input type="checkbox"/> 異食や不潔行為がある <input type="checkbox"/> 徘徊がある、または無断で外出してしまい迷う <input type="checkbox"/> 作り話がある、または話がまとまらない <input type="checkbox"/> その他()							
生活環境	ベッド・マット	畳対応 介護用ベッド(電動ベット) マット()						
	その他	4点柵 つなぎ服 ミトン 抑制帯 コールマット その他()						
記入日 (H〇〇年 〇月 〇日)		記入者()		(続柄)・職種 長男				
現在の状況		<input checked="" type="radio"/> 在宅		<input type="radio"/> 入院中		<input type="radio"/> 施設入所中		<input type="radio"/> その他()