

# 介護施設利用申込書 (1/3)

【様式1】

(1)利用者および申請者に関すること

記入日:令和 年 月 日

フリガナ		性別	生年月日	明大昭 年 月 日 ( 歳)
利用者氏名			住所	〒 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	(担当ケアマネ)			TEL
現在の状況	1 自宅(独居・同居) (主介護者 ) 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 ⇒ ¥ /月	《年金種類》	《介護保険負担限度額認定》※食費額に○を 300円 390円 650円 該当なし	

◎申請者情報

フリガナ		続柄	
申請者氏名			
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》	TEL (自宅) 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		
	家族		
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 他の施設(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けっこうです)

同居者	続柄	年齢	勤務先など	家族構成図 ※
別居の親族	続柄	年齢	住所	電話番号

## 介護施設利用申込書 (2/3)

### (2) 医療状況

既往歴	傷病名	発症年月日	医療機関名	入院の有無	
			年 月 日		有 ・ 無
			年 月 日		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	病院 ・ 医院		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)			
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( )		
(本人・家族とも)希望する援助	病気や健康面		
	食事・栄養面		
	日常生活面(リハビリなど)		

### (4) 性格・認知症に関すること

性格傾向	
対人関係	
認知症による問題	無 ・ 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、妙高市及び上越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。

利用者氏名

(印)

申請者氏名

(印)

## 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	無・有 ( )		眼鏡使用	聴力障害	右	無・有 ( )		補聴器使用							
	左	無・有 ( )				無	有	左		無・有 ( )		無	有			
言語	無・有 状態 ( )															
麻痺	無・有 部位 ( )															
拘縮	無・有 部位 ( )															
四肢の痛み	無・有 部位 ( )															
皮膚疾患	無・有 部位 ( )															
寝返り	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: )									
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: )									
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: )									
移乗	自立		つかまればできる		一部介助		全介助 (介助内容: )									
移動	独歩		杖		シルバーカー		歩行器 ( )		車椅子 ( )		つたい歩き		いざり			
	自立		見守り		一部介助		(介助内容: )				全介助					
食事	自立		一部介助		(介助内容: )				全介助							
	主食形態 ( )				普通・大盛・小盛		摂取量		ふつう・少なめ・ムラあり							
	副食形態 ( )				普通・大盛・小盛		摂取量		ふつう・少なめ・ムラあり							
	食事制限		無・有 (内容 )													
	アレルギー		無・有 (内容 )													
	嚥下状態		良好 不良		むせ		あり なし		とろみ		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		無・有		義歯		無・有 ( 総義歯・部分義歯 )									
	自立		一部介助		(介助内容: )				全介助							
排泄	尿意		有 不確か 無		状態		正常 頻回		導尿		フォーレ		その他 ( )			
	便意		有 不確か 無		状態		回/日		自然		下剤		坐薬 摘便 浣腸 ストマ使用			
	日中		トイレ ポータブル オムツ		その他 ( )		使用		布パンツ		紙パンツ		パット オムツ			
	夜間		トイレ ポータブル オムツ		その他 ( )		使用		布パンツ		紙パンツ		パット オムツ			
		自立		誘導		一部介助 (介助内容: )				全介助						
		自立		誘導		一部介助 (介助内容: )				全介助						
入浴	普通浴		座位浴		寝台浴		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: )				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 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 ( )		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 (平成		年		月		日)		記入者 (		続柄・職種		)				
現在の状況		在宅		入院中		施設入所中		その他 ( )								