

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》 《住所》	《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	令和 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 (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()							
	:総加り-	Kcal	:白湯	ml/日	回数	回/日						
口腔ケア	自菌	無・有	義菌	無・有	(総義菌・部分義菌)							
	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		
	自立	誘導	一部介助(介助内容:)			全介助						
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							
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							
意志疎通	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 (令和 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()								