

こうふく園入所申込書

平成 年 月 日

(フリガナ) 氏名	保 険 者 保険者番号	市・町・村
生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)	性 別 男 ・ 女
本人の状況		
※当てはまるものに、レ印を付けて下さい。		
要 介 護 度	自 立・要支援・介護度1・介護度2・介護度3・介護度4・介護度5 (認定有効期間 年 月 日～ 年 月 日)	
入所を希望する理由	<input type="checkbox"/> 独り暮らしで、日常生活に支障が生じている。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 他にも介護をしなければならない家族がいる。 <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により、在宅での介護が困難である。 <input type="checkbox"/> 病院や他の施設から退所を求められている。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> その他(介護で困っていることがありましたら、お書き下さい) <div style="text-align: center; margin-top: 10px;">[]</div>	
痴呆の症状	<input type="checkbox"/> 認知症(痴呆症状)あり⇒以下の当てはまる項目に、レ印を付けて下さい。 <input type="checkbox"/> 認知症(痴呆症状)なし <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 金銭の勘定が出来なくなった。 <input type="checkbox"/> 自分の部屋や便所の場所が判らないなど、家の中で迷う。 <input type="checkbox"/> 電話や留守番での受け答えが出来なくなった。 <input type="checkbox"/> 夜間眠らない。 <input type="checkbox"/> 鍋を焦がすなど、火の不始末がある。 <input type="checkbox"/> 家の外をさまよひ歩く。 <input type="checkbox"/> 家族(介護者)への暴言や抵抗がある。 <input type="checkbox"/> 意味不明の言動がある。 <input type="checkbox"/> 奇声を上げる。 <input type="checkbox"/> 大便をいじる。 <input type="checkbox"/> 便所以外の場所で放尿する。 <input type="checkbox"/> ひんぱんに服を脱ぐ。 <input type="checkbox"/> 意思の疎通が困難。 <input type="checkbox"/> 同じ事を何度も言う。 <input type="checkbox"/> 食べ物以外を食べる。 <input type="checkbox"/> その他の症状(以下にお書き下さい) <div style="text-align: center; margin-top: 10px;">[]</div>	
身体の状況	〈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、移動に車椅子を使用できる。 (車イスで座る姿勢が保てる) エ 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。	

