

こうふく園入所申込書

令和 年 月 日

(フリガナ) 氏名		保 険 者		市・町・村									
		保険者番号											
生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)			性 別		男 ・ 女							
<h2>本人の状況</h2> <p>※当てはまるものに、レ印を付けて下さい。</p>													
要 介 護 度	自立 要支援 1 ・ 2 要介護度 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 (認定有効期間 令和 年 月 日 ～ 令和 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="border: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 10px;"></div>												
認知症状	<input type="checkbox"/> 認知症あり⇒以下の当てはまる項目に、レ印を付けて下さい。 <input type="checkbox"/> 認知症なし <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <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"/> 家の外をさまよい歩く。 <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="border: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 10px;"></div> </div>												
身体状況	〈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。												

身体 の 状 況	〈医療の対応〉 ＊当てはまるものに、レ印を付けて下さい。 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 尿管カテーテル <input type="checkbox"/> その他、特に注意すること <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>		
希 望 入 所 の 時 期	<input type="checkbox"/> すぐに入所したい <input type="checkbox"/> _____ 年 _____ 月頃を希望 <input type="checkbox"/> 特に希望はない		
現 在 の 介 護	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> その他の施設 (_____)		
他 施 設 へ の 申 込 状 況	<input type="checkbox"/> 申込なし <input type="checkbox"/> 申込(予定)あり⇒当施設も含めた入所希望施設		
申 込 者 欄 〈 家 族 等 〉			
説 明 確 認 欄	入所申込に係る説明事項について確認しました。 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 署 名 _____		
フリガナ 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) <small>※家族等の場合、入所契約の代理人となれる方をお願いします。</small> 〒 _____ 住所 _____			
TEL① (自宅) _____ ② (携帯) _____			
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	(フリガナ) 氏 名	連 絡 先 電話番号	_____
介 護 支 援 事 業 所 名		_____	
代理申込を行う介護支援専門員の意見 <div style="border: 1px solid black; height: 150px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>			
＊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	入所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。 <div style="text-align: right; margin-right: 50px;">代 理 申 込</div> 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 介 護 支 援 専 門 員 署 名 _____		

※添付書類：介護保険被保険者証の（写し1部）