

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						

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 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="text-align: center; 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 <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="text-align: center; margin-top: 10px;">〔 〕</div>
身体の状況	<p>〈日常生活〉</p> <p>*次のア～エのうち、ほぼ当てはまるものに、1つ〇印を付けて下さい。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>ウ ベット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)</p> <p>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。</p>

身体の状況	<p>〈医療の対応〉</p> <p>*当てはまるものに、レ印を付けて下さい。</p> <p><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</p> <p>[]</p>				
	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）					
※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。					
〒 — 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					
*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。				
代 理 申 込					
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）