

施設利用申込書

記入日 令和 年 月 日

カタカナ				明治				
氏名				大正	年	月	日	
				昭和	(満 歳)			
住所	〒			性別	男 女			
				身長				cm
				体重				kg
要介護度 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)		介護保険被保険者番号						
		介護保険者名 (市区町村)						
(1) 身体状況				(2) 日常生活動作の状況				
視力	a. 普通	b. 弱視	c. 全盲	歩行	a. 自立	b. 一部介助	c. 全介助	
聴力	a. 普通	b. やや難聴	c. 難聴	排泄	a. 自立	b. 一部介助	c. 全介助	
言葉	a. 普通	b. 少し不自由	c. 不自由	食事	a. 自立	b. 一部介助	c. 全介助	
褥瘡	a. 無	b. 有 (程度)		入浴	a. 自立	b. 一部介助	c. 全介助	
移動	a. 歩行	b. 歩行器	c. 車椅子	着脱衣	a. 自立	b. 一部介助	c. 全介助	
主食	常食・全粥・ミキサー・経管		副食	常食・キザミ・極キザミ・ミキサー・経管				
(3) 精神の状況 (該当するものに複数回答)								
性格	a. 朗らか b. 親しみやすい c. 几帳面 d. 凝り性 e. 自分の事を気にしやすい f. 人にとけ込めない g. 好き嫌いが激しい h. わがまま i. 頑固 j. 短気 k. 無口 l. 融通がきかない n. その他 ()							
対人関係	a. 拒否的 b. 普通 c. 協調的である d. その他 ()							
精神状態	a. 正常 i 認知症 ①記憶障害 (a)重度 (b)中度 (c)軽度 ②失見当 (a)重度 (b)中度 (c)軽度 ii 心気症状 iii不安 iv焦燥 v抑うつ状態 vi興奮 vii幻覚 ix妄想 xせん妄 x i 睡眠障害 x ii その他 ()							
行動障害	攻撃的行為	a. 重度	b. 中度	c. 軽度	不穏興奮	a. 重度	b. 中度	c. 軽度
	自傷行為	a. 重度	b. 中度	c. 軽度	不潔行為	a. 重度	b. 中度	c. 軽度
	火の扱い	a. 重度	b. 中度	c. 軽度	失禁	a. 重度	b. 中度	c. 軽度
	徘徊	a. 重度	b. 中度	c. 軽度				
3. 家族の状況 (子・兄弟姉妹・孫・甥姪等の親等順で記入してください)								
氏名	続柄	年齢	住所	電話				

4. 社会保障	
健康保険	a. 国民健康保険 b. 社会保険 c. 後期高齢 d. その他 ()
老人医療	医療受給者証 a. 無 b. 有
身体障害受給者証	a. 無 b. 有 (障害名 : 級)
5. 年収等	
年金	a. 厚生年金 b. 国民年金 c. 共済年金 d. 老齢福祉年金 e. 恩給 f. その他 ()
他の収入	年金等の年間受給額 万円位
公的扶助	a. 無 b. 有 ()
6. 現在の健康状態	
7. 現在の状況 在宅・病院・他施設・他	
住所	TEL
病院・施設名	
8. 病歴・手術歴 (手術歴のある方は時期・病名・手術部位・病院名を記入してください)	
9. 医療機関 (かかりつけ医、入院中の担当医) の情報提供書	
添付	必ず郵送して頂くよう、お願い致します。 (既往歴、現病歴、必要であれば血液データ等の医療情報) ※書式の指定はありません。
10. 生活履歴 (出生地・家族構成・職業・婚姻・現在の様子等)	
11. 利用申し込みの具体的な理由	
12. 特例入所の場合の具体的な理由	
<p>要介護1又は2の方が入所する為には、下記のいずれかに該当する事が必要です。ご自身の判断で該当すると思われる項目に印を付けて下さい。</p> <p><input type="checkbox"/> 認知症である者であって、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られる</p> <p><input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られる</p> <p><input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難である</p> <p><input type="checkbox"/> 単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である等により家族等による支援が期待できず、かつ、地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分である</p>	
13. 利用者代理人 (ご家族等)	
フリガナ氏名	続柄
住所	〒 電話
連絡先	〒 電話
14. その他の特記事項	