

くにさきの郷 入所申込書

申込日 令和 年 月 日

施設長 福田 あゆみ 殿

くにさきの郷に入所したいので、次のとおり申し込みます。

入所希望者の状況	ふりがな 氏名			性別	男 · 女	
	現住所	〒		電話番号	() —	
	生年月日	明治 · 大正 · 昭和 年 月 日 (歳)				
	医療保険	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 社会保険(共済も含む)				
	障害手帳等	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 判定 級 昭和 · 平成 年 月 日交付 傷病名()				
	介護保険	保険者番号		被保険者番号		
	要介護認定	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 (認定期間) 年 月 日 ~ 年 月 日				
	世帯の状況	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 配偶者(夫または妻)と二人暮らし <input type="checkbox"/> 複数世帯(子供家族と同居など)…世帯人数(本人含め 人)				
	現在生活している場所	<input type="checkbox"/> 自宅で暮らしている <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム・軽費老人ホーム・有料老人ホーム等に入所(入院)している <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設・介護療養型医療施設・病院等に入所(入院)している 施設名又は病院名 所在地 市 入所又は入院期間 年 月 日 ~				
申し込みの事由 ※ 該当するものすべて選んでください	<input type="checkbox"/> 認知症があり、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が頻繁に見られる <input type="checkbox"/> 知的障がい・精神障がいなどを伴い、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 <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支援ができず、居住する地域で介護サービスや生活支援も十分に受けられない状況である					
他施設の申し込み状況	<input type="checkbox"/> 当施設のみ <input type="checkbox"/> 他施設の申し込みあり 施設名					

※ 介護保険証、医療保険証、障害者手帳等のコピーがあれば添付してください。

◆入居希望者の状況

身体の状況	食事摂取	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
		(主食) <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー			
		(副食) <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> キザミ <input type="checkbox"/> ミキサー			
	排泄	(汁・水分) <input type="checkbox"/> むせ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
		<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
		パンツの種類… <input type="checkbox"/> 布パンツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> 尿とりパッド <input type="checkbox"/> オムツ			
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	更衣	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	移動	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助 (寝たきり)
歩行… <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> シルバーカー、歩行器使用 <input type="checkbox"/> 車椅子					
視力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やや悪い	<input type="checkbox"/> 人の動きがわかる程度		
聴力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やや悪い	<input type="checkbox"/> 大声が聞き取れる程度		
会話	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 時々できない	<input type="checkbox"/> 全くできない		
現在治療中の病気					
既往歴					
感染性疾患		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 有…病名()	感染時期(歳頃)		
医療的処置	<input type="checkbox"/> カテーテル	<input type="checkbox"/> ストーマ(人工肛門)	<input type="checkbox"/> 経管栄養		
	<input type="checkbox"/> 在宅酸素	<input type="checkbox"/> インシュリン注射	<input type="checkbox"/> その他()		
精神の状況	記憶	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 物忘れがある	<input type="checkbox"/> 直前のことを忘れる	<input type="checkbox"/> 判断できない
	理解力	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> やや低下	<input type="checkbox"/> 低下	<input type="checkbox"/> 判断できない
	対人関係	<input type="checkbox"/> 問題ない	<input type="checkbox"/> 利己的	<input type="checkbox"/> 強調的	<input type="checkbox"/> その他()
	問題行動…普段見られる行動があればチェックしてください				
	<input type="checkbox"/> 屋外の徘徊 <input type="checkbox"/> 家の中を動き回る <input type="checkbox"/> 落ち着きなく立ち上がる <input type="checkbox"/> 尿や便を触る <input type="checkbox"/> トイレ以外で放尿する <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 作話を言う <input type="checkbox"/> 奇声や大声をだす <input type="checkbox"/> 収集癖 <input type="checkbox"/> 物を壊す、破る <input type="checkbox"/> 異食行為 <input type="checkbox"/> 物盗られ妄想 <input type="checkbox"/> 幻視、幻覚 <input type="checkbox"/> 攻撃的な言動 <input type="checkbox"/> 乱暴なふるまい <input type="checkbox"/> その他()				
	本人の意向	<input type="checkbox"/> 入所を希望 <input type="checkbox"/> 在宅生活を希望 <input type="checkbox"/> 確認していない、できない			

◆家族・介護サービス等の状況

家族や 住居の 状況	主な連絡先 または 主な介護者	ふりがな			性別	男・女
		氏名				
		生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)			
		住所	〒			
		連絡先	自宅電話 () - 携帯電話など、その他の連絡先			
	続柄	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他 ()				
<input type="checkbox"/> 身寄りがいない <input type="checkbox"/> 介護者が遠くに在住 <input type="checkbox"/> 介護者が就労している <input type="checkbox"/> 介護者が高齢・要介護状態・病気療養中 <input type="checkbox"/> 介護者の身体・精神的負担が大きい <input type="checkbox"/> 住居の廊下、トイレ、浴室などの構造が身体状況に適していない <input type="checkbox"/> 入院先、入所先から退院(退所)を求められている <input type="checkbox"/> その他()						
※ 該当するものをすべて選んでください						
在宅の主治医				病院名		
在宅 ケアマネージャー				事業所名		
現在利用している 居宅サービス		<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 通所介護(デイサービス) <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション(デイケア) <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 短期入所生活(療養)介護(ショートステイ) <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 (レンタル品) <input type="checkbox"/> その他 ()				
※ 該当するものをすべて選んでください						
在宅 ケアマネージャー コメント						

※直近3か月のサービス利用状況等の写しを添付してください。