

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 …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 ※ 該当するものを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 | | | | |
| | | (汁・水分) むせ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | | | |
| | 排 泄 | <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"/> 強制的 <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 () | | | | | |
| ※ 該当するものをすべて選んでください | <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 () | | | | | | |
| | 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 ※ 該当するものをすべて選んでください | <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 () | | | | | |
| | | 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。