

介護施設利用申込書 (1/3)

【様式1】

(1)利用者および申請者に関すること

記入日:令和 年 月 日

フリガナ		性別	生年月日	明大昭 年 月 日 (歳)
利用者氏名		住所	〒 TEL	
要介護度	被保険者番号	認定期間	年 月 日～ 年 月 日・申請中	
居宅介護支援事業所	(担当ケアマネ)			TEL
現在の状況	1 自宅(独居・同居) (主介護者) 2 病院入院中(入院日: 年 月 日より、病院名:) 3 施設入所中(入所日: 年 月 日より、施設名:)			
利用中のサービス	訪問介護 訪問入浴 訪問看護 訪問リハビリテーション 短期入所生活介護 通所介護 通所リハビリテーション 短期入所療養介護 小規模多機能型居宅介護 認知症対応型共同生活介護 その他()			
経済状況	1か月にお支払い可能な金額 ⇒ ¥ /月	《年金種類》	《介護保険負担限度額認定》※食費額に○ 300円 390円 650円 1,360円 該当なし	

◎申請者情報

フリガナ		続柄
申請者氏名		
申請者連絡先	〒	TEL (自宅) TEL (携帯)
申請者以外の連絡先	《氏名》 《住所》	《続柄》 TEL (自宅) TEL (携帯)
希望居室	多床室 個室 どちらでも (※グループホームは個室のみです)	
入所目的(申請理由)	本人	
	家族	
入所希望期間	令和 年 月 日～()まで / できるだけ長く	
希望する退所後の経路	1 自宅へ(年 月 日ころを予定) 2 他の施設(施設名:) 申込中・申込未 3 未定(本人次第・介護者次第)	

◎家族情報(同居・別居ともに。※家族構成図は記入しなくてけっこうです)

同居者	続柄	年齢	勤務先など	家族構成図 ※
別居の親族	続柄	年齢	住所	電話番号

介護施設利用申込書 (2/3)

(2) 医療状況

	傷病名	発症年月日	医療機関名	入院の有無
既往歴		年 月 日		有 ・ 無
		年 月 日		有 ・ 無
		年 月 日		有 ・ 無
		年 月 日		有 ・ 無
		年 月 日		有 ・ 無
内服中の薬	※おくすり手帳のコピーか、薬処方の際にでる用紙の添付でもけっこうです			
かかりつけ医	病院 ・ 医院		先生	

(3) 生活に関すること

生活歴(出身地・学歴・結婚・職業・趣味・娯楽など)			
飲酒	飲む(飲酒量:)	以前は飲んでいましたが今は飲まない	飲まない
喫煙	吸う(喫煙量:)	以前は吸っていたが今は吸わない	吸わない
嗜好	好き嫌い()		
(本人・家族とも)希望する援助	病気や健康面		
	食事・栄養面		
日常生活面(リハビリなど)			

(4) 性格・認知症に関すること

性格傾向	
対人関係	
認知症による問題	無 ・ 有 ⇒ 「認知症専門医」への受診状況【なし・あり・現在も通院中】

【情報収集及び情報提供に係わる同意について】

私は、上越市及び妙高市の施設への入所申込みに際し、私(入所希望者およびその家族等)に関する情報を市町村や担当地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、他の居宅サービス事業所、介護施設及び医療機関から収集し、さらに関係機関に対し提供することに同意します。

利用者氏名

(署名または記名押印)

申請者氏名

(署名または記名押印)

介護施設利用申込書 (3/3)

(5) 身体状況および日常生活動作に関すること

視力障害	右	無・有 ()	眼鏡使用	聴力障害	右	無・有 ()	補聴器使用	
	左	無・有 ()	無 有		左	無・有 ()	無 有	
言語	無 ・ 有 状態 ()							
麻痺	無 ・ 有 部位 ()							
拘縮	無 ・ 有 部位 ()							
四肢の痛み	無 ・ 有 部位 ()							
皮膚疾患	無 ・ 有 部位 ()							
寝返り	自立	つかまればできる	一部介助	全介助	(介助内容:)			
起き上がり	自立	つかまればできる	一部介助	全介助	(介助内容:)			
座位保持	自立	つかまればできる	一部介助	全介助	(介助内容:)			
立位保持	自立	つかまればできる	一部介助	全介助	(介助内容:)			
移乗	自立	つかまればできる	一部介助	全介助	(介助内容:)			
移動	独歩	杖	シルバーカー	歩行器 ()	車椅子 ()	つたい歩き	いざり	
	自立	見守り	一部介助	(介助内容:)			全介助	
食事	自立	一部介助 (介助内容:)			全介助			
	主食形態	() 普通・大盛・小盛			摂取量	ふつう・少なめ・ムラあり		
	副食形態	() 普通・大盛・小盛			摂取量	ふつう・少なめ・ムラあり		
	食事制限	無 ・ 有 (内容)						
	アレルギー	無 ・ 有 (内容)						
	嚥下状態	良好	不良	むせ	あり	なし	とろみ	必要 不要
	経管栄養	経鼻	胃ろう	腸ろう	: 栄養の種類 ()			
	: 総カロリー Kcal		: 白湯 ml/日		回数	回/日		
口腔ケア	自歯	無 ・ 有	義歯	無 ・ 有 (総義歯 ・ 部分義歯)				
	自立	一部介助 (介助内容:)			全介助			
排泄	尿意	有	不確か	無	状態	正常 頻回 導尿 フォーレ その他 ()		
	便意	有	不確か	無	状態	回/日 自然 下剤 坐薬 摘便 浣腸 ストマ使用		
	日中	トイレ	ポータブル	オムツ	その他 ()	使用	布パンツ 紙パンツ パット オムツ	
	自立	誘導	一部介助 (介助内容:)			全介助		
夜間	トイレ	ポータブル	オムツ	その他 ()	使用	布パンツ 紙パンツ パット オムツ		
自立	誘導	一部介助 (介助内容:)			全介助			
入浴	普通浴	座位浴	寝台浴	ベッドバス	その他 ()			
	自立	一部介助 (介助内容:)			全介助			
更衣	自立	一部介助 (介助内容:)			全介助			
意志疎通	問題なくできる		やや問題あり	日常的に困難	できない			
不適応行動	<input type="checkbox"/> 家族・知人を混同するなど人を間違える				<input type="checkbox"/> 暴力的・攻撃的になる			
	<input type="checkbox"/> 物忘れがひどく食事や荷物の場所を忘れてしまう				<input type="checkbox"/> 昼と夜が逆転している			
	<input type="checkbox"/> 火器やマッチ等の火の不始末がある				<input type="checkbox"/> 異食や不潔行為がある			
	<input type="checkbox"/> 徘徊がある、または無断で外出してしまい迷う				<input type="checkbox"/> 作り話がある、または話がまとまらない			
	<input type="checkbox"/> その他 ()							
生活環境	ベッド・マット	畳対応	介護用ベッド ()			マット ()		
	その他	4点柵	つなぎ服	ミトン	抑制帯	コールマット		
その他 ()								
記入日 (令和 年 月 日)	記入者 ()			続柄・職種 ()				
現在の状況	在宅	入院中	施設入所中	その他 ()				