

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 680円 1,420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》		《続柄》	
	《住所》		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結構です)

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

既往歴	傷病名	発症年月日	医療機関名	入院の有無
		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			
	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			
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	☐ 家族・知人を混同するなど人を間違える ☐ 暴力的・攻撃的になる ☐ 物忘れがひどく食事や荷物の場所を忘れてしまう ☐ 昼と夜が逆転している ☐ 火器やマッチ等の火の不始末がある ☐ 異食や不潔行為がある ☐ 徘徊がある、または無断で外出してしまい迷う ☐ 作り話がある、または話がまとまらない ☐ 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						
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()												