

入居申込書

☆該当する項目を記入、☑してください

申込日 年 月 日

申込者	ふりがな		本人との関係	
	氏名			
	住所	〒		
	電話(自宅)	()	電話(携帯)	()
	メール			

入居希望者	ふりがな		性別	要介護度	1・2・3・4・5
	氏名		男・女		
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)	介護認定期間	平成 年 月 日から	
	住所	〒		平成 年 月 日まで	
	世帯状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 65歳以上の高齢世帯 <input type="checkbox"/> 子供、親族と同居 <input type="checkbox"/> その他 ()			

現在利用している在宅サービスの状況	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 通所介護	<input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与・福祉用具購入 <input type="checkbox"/> その他 ()
-------------------	--	--

入居を希望する理由	<input type="checkbox"/> 介護者がいない為 <input type="checkbox"/> 介護者がいるが障害や疾病の為、介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護者が高齢の為 <input type="checkbox"/> 介護者が就業している為 <input type="checkbox"/> 介護者が育児又は家族が病気の状況にあり介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護保険施設に入所しているが退所を迫られている為 <input type="checkbox"/> その他 () 【入居希望する具体的な理由】
-----------	--

介護者の状況	主介護者	ふりがな		性別	本人との関係	
		氏名		男・女		
		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (① 歳)			
		住所	〒			
		電話(自宅)				
		電話(携帯)				
		同居区分	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居			
		②健康状況	<input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> やや不良 <input type="checkbox"/> 不良だが介護は可能 <input type="checkbox"/> 良好			
		③育児・家族の病気状況	<input type="checkbox"/> 常時育児・看病が必要 <input type="checkbox"/> 半日育児、看病が必要 <input type="checkbox"/> 時々育児、看病が必要 <input type="checkbox"/> 育児、看病なし			
		④入居希望者以外の介護状況	<input type="checkbox"/> 複数の介護をしている <input type="checkbox"/> 複数の介護をしているが多少介護可 <input type="checkbox"/> 複数の介護をしているが介護可 <input type="checkbox"/> 複数の介護はしていない			
		⑤就労状況	<input type="checkbox"/> 8時間以上 <input type="checkbox"/> 4時間以上～8時間未満 <input type="checkbox"/> 4時間未満 <input type="checkbox"/> なし			
⑥入居希望者の同居者 (主介護者以外)	ふりがな		性別	本人との関係		
	氏名		男・女			
	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)				
	従たる同居介護者の介護の可能性	<input type="checkbox"/> 介護できる <input type="checkbox"/> 多少介護できる <input type="checkbox"/> 介護困難				
⑦その他の家族状況 (上記以外の親、兄弟、姉妹、子ども等)	ふりがな		性別	本人との関係		
	氏名		男・女			
	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)				
	住所	〒				
	電話(自宅)					
	電話(携帯)					
その他家族の介護の可能性	<input type="checkbox"/> 介護できる <input type="checkbox"/> 多少介護できる <input type="checkbox"/> 介護困難					
その他	入居希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入居を希望している <input type="checkbox"/> _____年_____月頃までには入居したい				
	入居希望者の収入状況	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 共済年金 <input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 恩給 <input type="checkbox"/> 受給なし _____円 / 2ヶ月 その他収入 _____円 / 1ヶ月				
私は、入居申込の際、入居決定の手続き及び入居の必要性を評価する基準等について規定を読み、それについて了承しました。 年 月 日 氏名 _____						

①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
---	---	---	---	---	---	---

認知	介護者	在宅	場所	医療	住所	合計
----	-----	----	----	----	----	----

(様式2)

状況確認表

☆該当する項目を記入、☑ してください。

年 月 日 現在

ふりがな		性別	生年月日			
入居希望者 氏名		男・女	明・大・昭	年 月 日 (歳)		
現在の 生活場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 家族・親族の自宅 <input type="checkbox"/> 施設・病院 (病院・施設名 住所 電話)					
医療保険	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療					
現病名 病歴	病名	発病時期	病名	発病時期		
医療的処置 の状況	<input type="checkbox"/> 胃ろう (腸ろう) <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 褥瘡 (床ずれ) <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 鼻腔栄養 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> その他 ()					
身体状況	視力	<input type="checkbox"/> 普 <input type="checkbox"/> 弱 <input type="checkbox"/> 全盲	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 難聴	発語	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 困難
	皮膚疾患	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合、病名・部位等 :)				
	オムツ	<input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> オムツ) <input type="checkbox"/> 無				
	麻痺	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合、部位 :)				
	拘縮	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合、部位 :)				
	むくみ	<input type="checkbox"/> 有 (部位) _____		<input type="checkbox"/> 無		
日常生活	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 車椅子		排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		睡眠	<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 不眠	
認知症等による不適応行動		<input type="checkbox"/> 非常に多い <input type="checkbox"/> やや多い <input type="checkbox"/> 少しあり <input type="checkbox"/> なし				
認知症状	<input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> 作話 <input type="checkbox"/> 感情不安定 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 同じ話を繰り返す <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 収集癖 <input type="checkbox"/> 物を壊す・衣類を破く <input type="checkbox"/> 独り言 <input type="checkbox"/> 幻聴 <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> その他 ()					
その他、認知症状で注意すべき点						