

# 地域密着型介護老人福祉施設 入所申込書

六条ホーム やわらぎ 施設長 殿

申込日 令和 年 月 日( 曜日) 受付担当者 \_\_\_\_\_

申込者	ふりがな		特記事項(施設が記入)
	氏名		
	住所	〒	
	電話	( ) -	

入所を希望する人、その状況について ※該当する所は記入か○印、□にはレ印を付ける

ふりがな		男 女	保険者						
氏名			保険番号						
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 歳		要介護度	1	2	3	4	5	未認定
住所	〒								
	Tel( )								
生活	<input type="checkbox"/> 自宅で1人暮らし <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らす <input type="checkbox"/> 他の施設(老健・療養型・福祉施設)に入所中(施設名 ) <input type="checkbox"/> 現在入院中(病院名 時期 令和 年 月から入院 )								
介護	<input type="checkbox"/> 介護する人がいない <input type="checkbox"/> 介護する人が(高齢・虚弱・就労中・育児中・複数介護)で自宅では困難 <input type="checkbox"/> 介護する人の(身体的・精神的)負担が大きくて自宅では困難 <input type="checkbox"/> 自宅で介護を始めた時期( 年 月頃から) <input type="checkbox"/> 現在、居宅サービスを利用して( いる・いない )								
医療	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 褥創(床ずれ) <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> その他( ) 現在治療中の病気など(主治医 )(歯科医 )								
施設申込み	<input type="checkbox"/> この施設のみ申し込む <input type="checkbox"/> 他の施設への申し込み状況 ・すでに申し込み済み(施設名 )(施設名 ) ・これから申し込む (施設名 )(施設名 )								

主に介護している人について ※ 介護している人と申込者が同じでもこの欄に再記入して下さい

氏名		続柄	
同居別	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 同じ敷地にいる <input type="checkbox"/> 近くで別居 <input type="checkbox"/> 遠くで別居		
意見など	介護で困っていることや認知症による問題行動		

同意書	福井県または市町村から求められた場合には、これを提出することに同意します。		
	令和 年 月 日	氏名	(印)

※ 申込みの際には、被保険者証の(写し)、直近3ヶ月分のサービス利用票及び別表の(写し)を添付して下さい。

※ 要介護度の変更、連絡先の変更、申込みの終了(移転、他の施設に入所、死亡)などがありましたら、随時ご連絡ください。

状況調査表

入居を希望される方のごことについてお伺いします

様

身体状況	視力	普通・見えにくい・見えない	聴力	普通・聞こえにくい・聞こえない	
	言語障害	有・無	失語・構音障害・その他		
	麻痺	有・無	右上肢・左上肢	右下肢・左下肢	
	拘縮	有・無	全身・肩・肘・手・指・股・膝・足		
物忘れ □あり→ □なし	問題行動	<input type="checkbox"/> 何度も食事を要求する <input type="checkbox"/> 食べ物以外を口にする <input type="checkbox"/> 食事を食べない <input type="checkbox"/> 興奮する <input type="checkbox"/> 大声を出す <input type="checkbox"/> 歩き回る <input type="checkbox"/> 怒りっぽい <input type="checkbox"/> 物取られ妄想がある <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> トイレ以外で排泄をする <input type="checkbox"/> オムツをはずしてしまう <input type="checkbox"/> 独語 <input type="checkbox"/> 意欲の低下 <input type="checkbox"/> 自己中心的 <input type="checkbox"/> 頑固 <input type="checkbox"/> その他( )			
日常生活	移動	独歩・杖・押し車・歩行器・手引き・車イス(自走・介助)			
	寝返り	自立・一部介助・全介助 エアーマット使用(有・無)			
	起き上がり	自立・一部介助・全介助			
	立ち上がり	自立・一部介助・全介助			
	排泄(尿)	自立・一部介助・全介助	尿意(有・無) トイレ・尿器・Pトイレ オムツ・導尿 回数 日中( ) 夜間( )		
	排泄(便)	自立・一部介助・全介助	便意(有・無) 自然・下剤( ) 摘便・週サイクル(毎日・週 )		
おむつ □ 使用あり→ □ 使用なし	リハビリパンツ(昼・夜・昼夜) 尿パット(昼・夜・昼夜) テープパンツ(昼・夜・昼夜)				
	入浴	自立・一部介助・全介助	個浴・チェア浴・ハーバード浴(週 )		
	口腔	自立・一部介助・全介助	準備要・見守り要・うがい(できる・できない) 入れ歯(有・無)		
	洗面	自立・一部介助・全介助		起床時間 時	
	着脱	自立・一部介助・全介助			
	夜間	良眠・不眠	眠前薬(有・無)	就寝時間 時	
医療	服薬				
	感染症	有・無	吸引の必要性	有・無	
	床ずれ	有・無	その他		
食事	摂取方法	自立・見守り・一部介助・全介助・胃ろう	経管栄養 Kcal		
	嚥下障害	有・無	水分トロミ(有・無)		
	主食	ご飯・軟飯・お粥	副食	普通・軟菜・細刻み・ミキサー	
特別食の方	糖尿病食カロリー	Kcal	透析食	水分制限 ml/日	
	禁止食	有・無	その他		
本人の希望					
家族の希望					
居宅介護支援事業所: 担当ケアマネージャー: 電話番号:			家系図 <div style="text-align: center;"> </div>		
かかりつけ医	医療機関名 主治医				世帯状況
現在かかっている病気					