

記入例

介護老人福祉施設 いなぎ苑

入所申込書

介護老人福祉施設 いなぎ苑

施設長 様

申込年月日 令和 ○年 ○月 ○日

申込者住所 〒 206 - 0804

東京都稲城市百村 255 番地

氏名 稲城 太郎

印

電話番号 042-379-5500

利用者	ふりがな	いなぎ はなこ		性別	1 男性 <input checked="" type="radio"/> 2 女性
	氏名	稲城 花子		生年月日	明治 大正 <input checked="" type="radio"/> 昭和 14年 4月 1日 (81歳)
	住所	〒 206 - 0804 東京都稲城市百村 255 番地		電話	042 (379) 5500
家族及び扶養 義務者の状況	氏名	続柄	住所・電話		生年月日
	稲城 太郎	夫	同上 TEL 同上		昭和 10.11.20
	稲城 幸子	子	東京都稲城市坂浜○○番地 TEL 042-379-○○○○		昭和 42.8.15
			TEL		
			TEL		
要介護度	要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ <input checked="" type="radio"/> 4 ・ 5				
申込理由	認知症が進み、自宅での介護が難しくなってきた。自宅からも近く、頻繁に通える為。				
医療状況	病状	○○萎縮症の為、足が不自由です。			
	主治医	○○先生 (稲城市立病院、内科) TEL 042-377-○○○○			
その他特記事項					

※行政、市区町村より申し込み状況調査の依頼があった場合、情報提供する場合がございますのでご了承ください。

利用者名	稲城 花子
介護保険 被保険者番号	○○○○○○○○○○
同居の方について	ひとり暮らし ご夫婦のみ (相手のご年齢 85 歳) ご夫婦以外の同居者がいる
主に介護している方について	介護する方は いる いない 主に介護する方は 健康 病弱 病気で治療中 障害がある 主に介護する方は 働いている 働いていない
介護を手伝う方がいる	介護を手伝う方が いる いない 手伝う方がいる場合その方は 親族 近所の方 その他の方
お住まいについて	今のお住まいは 自宅 自宅以外 自宅以外にお住まいの方は、戻る自宅が ある ない
介護する上での住宅問題について	立ち退きを求められている 家屋の老朽化が著しい エレベーターがない集合住宅の2階以上に住んでいる 自分の部屋がない 自分の部屋とは別の階にトイレや風呂がある (その他具体的に 車椅子でトイレに入れない)
その他該当するものがあれば○	徘徊 暴力行為 不潔行為 異食 大声や奇声 その他の行為 (具体的に 便いじり、介護に抵抗する) 医療器具を使っている (具体的に バルーンカテーテルを使用している) 病気がある (具体的な病名 認知症)

現在受けておられる介護や治療の様子について

ご自宅以外での介護や治療	現在おられるのは、 病院 老人保健施設 介護療養型医療施設 養護老人ホーム 軽費老人ホーム ケアハウス 有料老人ホーム グループホーム その他 ()
ケアプランなどについて	ケアプランは、 作っている 作っていない ※申し込み時に直近のサービス利用票別表 (毎月サービスの利用状況がわかるもの) の写しを添付して下さい。 相談できるケアマネージャーは いる いない ケアマネージャーの氏名 東京 太郎 連絡先 (会社名) いなぎ苑 電話 042 (379) 5500
在宅サービスについて	在宅サービスは、 使っている 使っていない 今後の利用は、 今のままでよい もっと増やしたい サービスの使い方を改善したい 具体的に (ショートステイ回数増)

私は、入所に関する方法や手続きについて、説明を受けました。また、この申込書にある内容を
保険者・指定するケアマネージャーへ提供することに同意します。

令和 ○年 ○月 ○日

氏名 稲城 太郎

印

ADL状況

利用者名 (稲城 花子) ③

移動及び移乗	麻痺： <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（部位 _____） 筋力低下： <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有（部位 <u>上肢、下肢</u> ） 移動： <input type="checkbox"/> 自立【 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器（種類：_____） <input checked="" type="checkbox"/> 車椅子】 <input checked="" type="checkbox"/> 見守り・声掛け <input type="checkbox"/> 手引き歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子等にて全介助 <input type="checkbox"/> 転倒の危険性 移乗： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助（注意点：_____）
食事	立位： <input type="checkbox"/> 安定 <input checked="" type="checkbox"/> 支えがあれば可 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不可 座位： <input type="checkbox"/> 安定 <input checked="" type="checkbox"/> 支えがあれば可 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不可 起き上がり： <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> つかまれば可 <input type="checkbox"/> 支えがあれば可 <input type="checkbox"/> 不可 寝返り： <input type="checkbox"/> 可 <input checked="" type="checkbox"/> つかまれば可 <input type="checkbox"/> 不可 _____ <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・声掛け <input checked="" type="checkbox"/> 介助【 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経管（ <input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> 胃瘻）】 補助具： <input type="checkbox"/> スプーン <input checked="" type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> リハ食器 <input checked="" type="checkbox"/> エプロン <input type="checkbox"/> その他（_____） *補助具の種類（_____） 主食： <input type="checkbox"/> 常食 <input checked="" type="checkbox"/> 粥（ <input checked="" type="checkbox"/> 普通盛 <input type="checkbox"/> 小盛 <input type="checkbox"/> 大盛） 食欲： <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 主・副菜の形状： <input type="checkbox"/> 普通 <input checked="" type="checkbox"/> キザミ <input type="checkbox"/> 細かいキザミ <input type="checkbox"/> ミキサー 義歯： <input checked="" type="checkbox"/> 上 <input checked="" type="checkbox"/> 下 嚥下状態： <input type="checkbox"/> 普通 <input checked="" type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> かなりむせる <input checked="" type="checkbox"/> 水分はとろみが必要 アレルギー： <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有（ <u>サバ</u> _____） 嫌いな物： <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（_____） 制限： <input type="checkbox"/> カロリー（_____ カロリー） <input type="checkbox"/> 塩分（_____ グラム） <input type="checkbox"/> その他（_____）
排泄	尿意： <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無（排尿管理： <input checked="" type="checkbox"/> 必要） 便意： <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無（排便管理： <input checked="" type="checkbox"/> 必要） 動作： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 声掛け <input type="checkbox"/> 確認 <input checked="" type="checkbox"/> 誘導 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 種類：日中【 <input type="checkbox"/> 綿パンツ <input checked="" type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> オムツ <input checked="" type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> その他（_____）】 ：夜間【 <input type="checkbox"/> 綿パンツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input checked="" type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> その他（_____）】
整容	口腔清拭： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・声掛け <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助（準備で可） <input type="checkbox"/> 全介助（スポンジ等使用） 洗顔： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・声掛け <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助（タオルを渡す） <input type="checkbox"/> 全介助（タオルで拭く） 整髪： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・声掛け <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 髭剃り： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・声掛け <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助（ <input type="checkbox"/> 電気剃刀使用） 爪切り： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・声掛け <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助（ <input checked="" type="checkbox"/> 看護師対応） 衣類の着脱： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・声掛け <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助（ <input type="checkbox"/> ボタン掛外し可）
入浴	形態： <input type="checkbox"/> 一般浴 <input checked="" type="checkbox"/> 座位式機械浴 <input type="checkbox"/> 臥床式機械浴 衣類準備等： <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 動作： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 声掛け <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
認知症	認知症状： <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 薬の処方有（_____） 行動障害：1： <u>物忘れ</u> 頻度： <input checked="" type="checkbox"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 1/週以上 <input type="checkbox"/> 1/10日以上 <input type="checkbox"/> 1/月以上 2： <u>不潔行為</u> 頻度： <input checked="" type="checkbox"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 1/週以上 <input type="checkbox"/> 1/10日以上 <input type="checkbox"/> 1/月以上 3：_____ 頻度： <input type="checkbox"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 1/週以上 <input type="checkbox"/> 1/10日以上 <input type="checkbox"/> 1/月以上 特記事項 _____ <u>自分の意に反する介助には強く抵抗する</u> _____ <u>身体が汚れていても気にならない</u> _____
医療	処方薬 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有（_____） 服薬管理 <input type="checkbox"/> 個人管理 <input checked="" type="checkbox"/> 施設管理 服薬時間 <input checked="" type="checkbox"/> 朝 <input checked="" type="checkbox"/> 昼 <input checked="" type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/> 就前薬 <input type="checkbox"/> その他（_____） その他 <input checked="" type="checkbox"/> 貼付薬 <input checked="" type="checkbox"/> 塗布薬 <input type="checkbox"/> 点眼薬 <input type="checkbox"/> その他（_____） 実施又は継続が必要な処置 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有（ <u>褥瘡の処置</u> _____）
言語理解力	言語 <input type="checkbox"/> 普通 <input checked="" type="checkbox"/> 聞き取りにくい <input type="checkbox"/> ほとんど話せない 理解力 <input type="checkbox"/> 普通 <input checked="" type="checkbox"/> やや低下 <input type="checkbox"/> 低下 特記：_____
視力・聴	視力 <input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 目の前で見える <input type="checkbox"/> ほとんど見えない 眼鏡 <input type="checkbox"/> 使用 <input type="checkbox"/> 不使用 聴力 <input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 耳元で大きな声で可 <input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない 補聴器 <input type="checkbox"/> 使用 <input checked="" type="checkbox"/> 不使用 特記：_____
その他	_____ _____ _____