

[緑祐の郷 ・ グリーンホーム ・ よろこび] 入所申込書

(↑希望する施設に○を付けてください。複数選択可。※「よろこび」は市原市に住所がある方のみ申込できます。)

◆入所申込みにあたり下記書類が必要となります。

- ①介護保険証のコピー
- ②介護保険負担限度額認定証のコピー（お持ちの方のみ）
- ③介護認定の情報開示資料のコピー（主治医意見書含む）
→担当ケアマネージャーに確認、もしくは市区町村の介護保険担当課に申請してください。
- ④介護保険負担割合証のコピー

◇入所希望者（ご本人）

フリガナ					性 別	男性	生年	明・大・昭		
氏 名					女性		月 日	年	月	日（ 歳）
現住所	〒 -				TEL : ()					
要介護度	1・2・3・4・5		保険者	市区町村		被保険者番号				
認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日		介護保険負担限度額認定証	無・有		（ 段階）				

◇申込者（ご本人の申し込みの場合は記入の必要はありません）

フリガナ			入所希望者との続柄		
氏 名			連絡先	自宅 :	()
				携帯 :	()
住 所	〒 -				

上記入所希望者について、この入所申込書により貴施設への入所を希望いたします。
待機中に、他の施設に入所が決定した場合、また要介護度、連絡先、状況等変化があった場合は連絡いたします。

◇希望理由

※ 複 数 回 答 可	<p>1. 入所申し込みが出来るのは原則として要介護度3以上の方です。 要介護1・2の方については、入所を必要とするやむを得ない理由が必要となることから、次の2も回答してください。</p> <p><input type="checkbox"/> 介護するものがないため</p> <p><input type="checkbox"/> 介護するものが「高齢」「障害」「疾病」等により十分な介護が困難なため</p> <p><input type="checkbox"/> 介護者が就労していることから、十分な介護が困難なため</p> <p><input type="checkbox"/> 介護者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護が困難なため</p> <p><input type="checkbox"/> 居住環境の事情により、十分な介護が困難なため</p> <p><input type="checkbox"/> 施設や病院から退所を求められているが、自宅での介護が困難なため</p> <p><input type="checkbox"/> その他 _____</p>
	<p>2. 要介護度1・2の方については、以下該当するものを回答してください。</p> <p><input type="checkbox"/> 認知症があり、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる。</p> <p><input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる。</p> <p><input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待が疑われること等により心身の安全・安心の確保が困難である。</p> <p><input type="checkbox"/> 単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である等により、家族等による支援が期待できず、かつ、地域でのサービスや生活支援の供給が不十分である。</p>

◇希望事項

入所希望時期	<input type="checkbox"/> 早急	<input type="checkbox"/> 年	月頃入所したい	<input type="checkbox"/> 早急ではない
他施設申込状況	<input type="checkbox"/> 当施設のみ <input type="checkbox"/> 他施設も申しこんでいる（予定） [力所]			

◇希望居室

居室の希望	≪緑祐の郷≫ <input type="checkbox"/> 個室希望 <input type="checkbox"/> 多床室（4人部屋）希望 <input type="checkbox"/> どちらでもよい ≪グリーンホーム≫ 個室のみとなります。 ≪よろこび≫ 個室のみとなります。
-------	---

◇現在の状況

自宅	☆在宅サービスの利用 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	ケアプラン作成事業所		担当ケアマネ	
自宅以外	☆現在、施設・病院に入所・入院している 施設・病院名 _____ 所在地（市・区名のみ） _____ 入所・入院期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ 入所・入院している				

◇介護の状況

主たる介護者の氏名		性別		年齢	歳	続柄	
介護者の世帯	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 家族と同居						
介護者の介護負担	<input type="checkbox"/> 重い <input type="checkbox"/> やや重い <input type="checkbox"/> 軽い <input type="checkbox"/> 負担に感じない						
介護者の障害、疾病	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ _____ ）						
介護者の就労	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（職業 _____）						
	就労日数： 週に _____ 日 就労時間： 一日 _____ 時間ぐらい						
他の要介護者	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（要介護 1・2・3・4・5）						
介護者の育児・病気の家族	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ _____ ）						
介護者の介護の関わり	<input type="checkbox"/> 介護できない <input type="checkbox"/> 介護に消極的 <input type="checkbox"/> やや消極的 <input type="checkbox"/> 普通						
他の同居介護協力者	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（週に _____ 回ほど協力あり）						
別居血縁者協力者	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（週に _____ 回ほど協力あり）						
近隣者の協力	<input type="checkbox"/> ほとんどなし <input type="checkbox"/> 随時あり <input type="checkbox"/> 常時あり						

◇健康状態

現疾患（現在のご病気など）			
既往歴（過去のご病気など）			
かかりつけ病院・医院		主治医	
医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> バルンカテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> インスリン（一日 _____ 回） <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）		

◇現在の生活状況（令和 年 月 日現在）

	項目	内容（□にチェックしてください）				備考
基礎能力	視力	<input type="checkbox"/> 見える	<input type="checkbox"/> 大きい字なら可	<input type="checkbox"/> ぼんやり見える	<input type="checkbox"/> 見えない	眼鏡(有・無) 補聴(有・無)
	聴力	<input type="checkbox"/> 聞こえる	<input type="checkbox"/> 大きめの声で可	<input type="checkbox"/> かなり大きい声で可	<input type="checkbox"/> 聞こえない	
	言語発声	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> やや難しい	<input type="checkbox"/> 不明瞭だが発語可能	<input type="checkbox"/> 発生せず	
	意思疎通	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> やや難しい	<input type="checkbox"/> かろうじて可能	<input type="checkbox"/> できない	
食事	主食の形態	<input type="checkbox"/> ご飯	<input type="checkbox"/> お粥	<input type="checkbox"/> ペースト	<input type="checkbox"/> 経管（鼻腔・胃ろう・腸ろう）	
	副食の形態	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 軟菜	<input type="checkbox"/> キザミ	<input type="checkbox"/> 超きざみ	
	食事制限 食禁・アレルギー	<input type="checkbox"/> 普通食	<input type="checkbox"/> 糖尿・カリ制限（	<input type="checkbox"/> Kcal	<input type="checkbox"/> 減塩食（NaCl	<input type="checkbox"/> g)
	食事摂取 ムセこみ 歯	<input type="checkbox"/> 自力摂取	<input type="checkbox"/> 見守り必要	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	トミ(有・無)
移動・ 移乗動作等	起き上がり	<input type="checkbox"/> 一人で行える	<input type="checkbox"/> つかまればできる	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
	座ること	<input type="checkbox"/> 一人で行える	<input type="checkbox"/> つかまればできる	<input type="checkbox"/> 支えればできる	<input type="checkbox"/> 全介助	
	立ち上がり	<input type="checkbox"/> 一人で行える	<input type="checkbox"/> つかまればできる	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
	ベッド等への移乗	<input type="checkbox"/> 一人で行える	<input type="checkbox"/> 声かけ・見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
	屋内の移動	<input type="checkbox"/> 自立歩行	<input type="checkbox"/> つたい歩き・いざり	<input type="checkbox"/> 手引き歩行	<input type="checkbox"/> 車いす	杖(有・無) 杖(有・無)
	屋外の移動 補装具	<input type="checkbox"/> 自立歩行	<input type="checkbox"/> シルバー・歩行器	<input type="checkbox"/> 手引き歩行	<input type="checkbox"/> 車いす	
	麻痺	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有（場所：			
	拘縮	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有（場所：			
	床ずれ(褥瘡)	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有（場所：			
		<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有（場所：			
排泄	尿意	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不確実（時々・頻回）	<input type="checkbox"/> なし		
	便意	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不確実（時々・頻回）	<input type="checkbox"/> なし		
	排泄介助	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 声かけ・見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
	日中の下着 排泄場所	<input type="checkbox"/> 肌着	<input type="checkbox"/> リハビリパンツ	<input type="checkbox"/> 尿取パッド	<input type="checkbox"/> オムツ	
	夜間の下着 排泄場所	<input type="checkbox"/> 肌着	<input type="checkbox"/> リハビリパンツ	<input type="checkbox"/> 尿取パッド	<input type="checkbox"/> オムツ	
		<input type="checkbox"/> トイレ	<input type="checkbox"/> ポータブルトイレ	<input type="checkbox"/> 尿器・差し込み便器		
入浴	洗身・洗髪	<input type="checkbox"/> 一人で行える	<input type="checkbox"/> 声かけ・見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
	入浴方法	<input type="checkbox"/> 一般浴槽	<input type="checkbox"/> 座位式浴槽	<input type="checkbox"/> 寝台式浴槽	<input type="checkbox"/> 清拭	
更衣	上半身の着脱	<input type="checkbox"/> 一人で行える	<input type="checkbox"/> 声かけ・見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
	下半身の着脱	<input type="checkbox"/> 一人で行える	<input type="checkbox"/> 声かけ・見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
整容	口腔ケア	<input type="checkbox"/> 一人で行える	<input type="checkbox"/> 声かけ・見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
	洗顔	<input type="checkbox"/> 一人で行える	<input type="checkbox"/> 声かけ・見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
睡眠	睡眠	<input type="checkbox"/> 良く眠れる	<input type="checkbox"/> あまり眠れない	<input type="checkbox"/> 不眠気味	<input type="checkbox"/> 昼夜逆転	
	眠剤	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 不眠時のみ服用	<input type="checkbox"/> ほぼ毎晩服用(薬：)		
精神状況	認知症の症状	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 年相応の物忘れ程度	<input type="checkbox"/> あり（下記もチェック）		
		<input type="checkbox"/> 被害的妄想	<input type="checkbox"/> 作話	<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴	<input type="checkbox"/> 大声	
		<input type="checkbox"/> 感情の不安定	<input type="checkbox"/> 昼夜逆転	<input type="checkbox"/> 暴言・暴行	<input type="checkbox"/> 繰り返す	
		<input type="checkbox"/> 介護への抵抗	<input type="checkbox"/> 動き回る	<input type="checkbox"/> 落ち着きがない	<input type="checkbox"/> 帰宅願望	
		<input type="checkbox"/> 収集癖	<input type="checkbox"/> 自傷行為	<input type="checkbox"/> 破壊行動	<input type="checkbox"/> 不潔行動	
		<input type="checkbox"/> 異食行動	<input type="checkbox"/> 性的行動	<input type="checkbox"/> ひどい物忘れ		
その他						