

入所申込書

[緑祐の郷 ・ グリーンホーム ・ よろこび ・ しらつか]

(↑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 | | | | | 性別 | 女性 | 年月日 | 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> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 介護するものがないため <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 <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 <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 <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により、十分な介護が困難なため <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 <input type="checkbox"/> その他 _____ |
| | <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> <ul style="list-style-type: none"> <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。 <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。 <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。 <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。 |

◇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・しらつか≫ <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・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 副食の形態 食事制限 食禁・アレルギー | <input type="checkbox"/> ご飯 | <input type="checkbox"/> お粥 | <input type="checkbox"/> パースト | <input type="checkbox"/> 経管(鼻腔・胃ろう・腸ろう) | |
| | 食事摂取 ムセこみ 歯 | <input type="checkbox"/> 普通 | <input type="checkbox"/> 軟菜 | <input type="checkbox"/> キザミ | <input type="checkbox"/> 超きざみ | |
| 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 | トミ(有・無) |
| | 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 | |
| | パッド等への移乗 | <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 | |
| 排せ | 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 | <input type="checkbox"/> 自立歩行 | <input type="checkbox"/> シバ・カー・歩行器 | <input type="checkbox"/> 手引き歩行 | <input type="checkbox"/> 車いす | |
| | 補装具 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有(使用箇所:) | | | |
| 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 | |
| 入浴 | 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 | |
| 更衣 | 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 | |
| 整容 | 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 | |
| 睡眠 | 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 | |
| 精神状況 | 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"/> ほろぼ毎晩服用(薬:) | | |
| その他 | 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 | | |