

入居申込書

入居希望者(施設に入居を考えておられる方)

フリガナ 氏名			電話番号 (携帯)		
住所					
性別	男・女	年金等	国民年金・厚生年金・共済年金・その他()		月額 万円
生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日	年齢 歳
介護保険	被保険者番号	要介護度 1・2・3・4・5		保険者名	
	要介護認定期間	H・R	年	月	日
ケアマネ	事業所名	電話番号		担当者名	

申込者(この申込書に記入された方)

フリガナ 氏名			電話番号 (携帯)		
住所					入居希望者との続柄

保証人(申込者と同じ方であれば『同上』で構いません)

氏名			電話番号 (携帯)		
住所					入居希望者との続柄

入居希望者の身体状況

当てはまる項目に○印を記入下さい。

A	何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する。
B	屋内での生活は概ね自立しているが、介助者なしには外出しない。
C	屋内での生活にて何らかの介助を要する。
D	日中ベッド上で過ごす事が多く、排泄、食事、着替えにおいて介助を要する。

※上記に当てはまらない場合、移動・排泄・入浴等、ご希望者の身体状況を記入下さい。

--

入居希望者の記憶状況

当てはまる項目に○印を記入下さい。

A	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。
B	道に迷う・金銭管理が出来ない・服薬管理が出来ない等、日常生活に支障を来たすような症状・行動や、意思疎通の困難さが多少見られるため、誰かの注意が必要である。
C	着替え・食事・排泄が上手に出来ない、異食行為が見られる、徘徊や暴言が見られる等、誰かが側にいる必要がある。
D	上記『C』に加えせん妄・妄想・興奮・自傷・他傷行為が見られる状態。

※上記に当てはまらない場合、ご希望者の精神・認知状況を記入下さい。

--

※複写しての使用も可能

家族・介護者の介護力

当てはまる項目に○印を記入下さい。

- | | |
|---|-----------------------------------------------|
| A | 同居家族が在宅している場合が多く、今は何とか介護が出来ているが不安である。 |
| B | 同居家族が仕事などで日中独居となる状態。もしくは見守り不十分状態である。 |
| C | 同居家族はいるが、複数の要介護者がいる、もしくは家族関係等で介護の継続が難しい状態である。 |
| D | 独居で、近隣に介護を担うべき人もいない状態である。 |

※上記に当てはまらない場合、生活上の介護状況を記入下さい。

--

介護サービスの使用状況

現在利用している介護サービス(サービス名と回数/月、もしくは1ヶ月中の利用総単位数)を以下に記入下さい。

--

現在入院中の方は以下に病院名、入院された時期を記入下さい。

病院名	入院時期

住環境の状況

当てはまる項目に○印を記入下さい(入院中の方も、入居希望者の自宅状況を記入下さい)。

- | | |
|---|----------------------------------|
| A | 特に住宅改修をしていない。 |
| B | 居室内にポータブルトイレや手すり等を設置している。 |
| C | 居室内とともに家屋内にバリアフリー対策や手すり等を設置している。 |
| D | 設備構造等により住宅改修が出来ない。 |

※上記に当てはまらない場合、住宅改修状況を記入下さい。

--

その他、これまでの経緯や介護で困惑されていること等をご自由に記入下さい。

--

当施設にご質問、ご希望等ありましたら、ご自由に記入下さい。

--

同意欄

私は、希望者の入居及び介護保険サービスが円滑に行われるため、社会福祉法人 誠敬会、市町村及び病院等、担当介護支援専門員が入居希望者の情報を交換することに同意します。

年	月	日	氏名	印

入居申込書 (記入例)

入居希望者(施設に入居を考えておられる方)

氏名	ぬくもり 太郎		電話番号 (携帯)	0745-71-1177	
住所	〒639-0231 奈良県香芝市下田西2丁目7番61号				
性別	<input checked="" type="radio"/> 男 · 女	年金等	<input checked="" type="radio"/> 国民年金 · 厚生年金 · 共済年金 · その他 (月額 6 万円
生年月日	明治 · 大正 · <input checked="" type="radio"/> 昭和	〇〇 年 〇 月 〇 日	年齢	82 歳	
介護保険	被保険者番号 0000000000		要介護度	1 · 2 · <input checked="" type="radio"/> 3 · 4 · 5	
	要介護認定期間 H・R 〇〇 年 〇 月 〇〇 日 ~ H・R 〇〇 年 〇 月 〇〇 日		保険者名	香芝市	
ケアマネ	事業所名	〇〇〇〇		電話番号	0700-00-0000
				担当者名	〇〇 〇〇

申込者(この申込書に記入された方)

氏名	ぬくもり 花子		電話番号 (携帯)	0745-71-1177	
住所	〒639-0231 奈良県香芝市下田西2丁目7番61号			入居希望者との続柄	長女

保証人(申込者と同じ方であれば『同上』で構いません)

氏名			電話番号 (携帯)		
住所	同上			入居希望者との続柄	

入居希望者の身体状況

当てはまる項目に○印を記入下さい。

<input type="radio"/> A	何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する。
<input type="radio"/> B	屋内での生活は概ね自立しているが、介助者なしには外出しない。
<input checked="" type="radio"/> C	屋内での生活にて何らかの介助を要する。
<input type="radio"/> D	日中ベッド上で過ごす事が多く、排泄、食事、着替えにおいて介助を要する。

※上記に当てはまらない場合、移動・排泄・入浴等、ご希望者の身体状況を記入下さい。

家の中で車いすを使用しています。廊下の段差の時や、トイレに行く時など車いすを押して介助しています。トイレは自分で済みますが、何かあってはいけなないので終わるまで側で待っています。

入居希望者の記憶状況

当てはまる項目に○印を記入下さい。

<input type="radio"/> A	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。
<input checked="" type="radio"/> B	道に迷う・金銭管理が出来ない・服薬管理が出来ない等、日常生活に支障を来たすような症状・行動や、意思疎通の困難さが多少見られるため、誰かの注意が必要である。
<input type="radio"/> C	着替え・食事・排泄が上手に出来ない、異食行為が見られる、徘徊や暴言が見られる等、誰かが側にいる必要がある。
<input type="radio"/> D	上記『C』に加えせん妄・妄想・興奮・自傷・他傷行為が見られる状態。

※上記に当てはまらない場合、ご希望者の精神・認知状況を記入下さい。

本人が困った時は呼んでくれますが、最近時々家族の名前が出て来ないことがあります。また今日デイサービスに行く日であると説明しても、忘れてしまうことが多々あります。

※複写しての使用も可能

家族・介護者の介護力

当てはまる項目に○印を記入下さい。

- A 同居家族が在宅している場合が多く、今は何とか介護が出来ているが不安である。
- B 同居家族が仕事などで日中独居となる状態。もしくは見守り不十分状態である。
- C 同居家族はいるが、複数の要介護者がいる、もしくは家族関係等で介護の継続が難しい状態である。
- D 独居で、近隣に介護を担うべき人もいない状態である。

※上記に当てはまらない場合、生活上の介護状況を記入下さい。

日中はデイサービスに行ってもらっていますが、介護者も仕事しているため、日中は誰もいなくなります。デイが終る前に介護者が帰宅するようにし、土日は介護者が家にいる様にしています。

介護サービスの使用状況

現在利用している介護サービス(サービス名と回数/月、もしくは1ヶ月中の利用総単位数)を以下に記入下さい。

デイサービスを1ヶ月に平均22回利用してます。
2か月に1回、1泊2日でショートステイも利用してます。

現在入院中の方は以下に病院名、入院された時期を記入下さい。

病院名	入院時期

住環境の状況

当てはまる項目に○印を記入下さい(入院中の方も、入居希望者の自宅状況を記入下さい)。

- A 特に住宅改修をしていない。
- B 居室内にポータブルトイレや手すり等を設置している。
- C 居室内とともに家屋内にバリアフリー対策や手すり等を設置している。
- D 設備構造等により住宅改修が出来ない。

※上記に当てはまらない場合、住宅改修状況を記入下さい。

夜用にベッド横にポータブルトイレがあります。
廊下に一部手すりがありますが、廊下と部屋の敷居に段差があります。

その他、これまでの経緯や介護で困惑されていること等をご自由に記入下さい。

平成20年に脳梗塞を起こし、〇〇病院に入院しました。歩行は出来なくなり車いす生活となりましたが、幸い目立ったマヒもなく平成21年に退院し、それから自宅で介護しながら生活してます。ただ、今年に入って家族の名前が出て来ないことがあったり、デイの日にちを忘れてしまったりが見られるようになり、将来の不安もあるため入居を希望しました。

当施設にご質問、ご希望等ありましたら、ご自由に記入下さい。

どこの施設も待機期間があるので仕方ないと思っておりますが、どれくらいの待機期間になるでしょうか？
入居出来た際は面会に行きたいと思いますが、面会時間はどれくらいでしょうか？

同意欄

私は、希望者の入居及び介護保険サービスが円滑に行われるため、社会福祉法人 誠敬会、市町村及び病院等、担当介護支援専門員が入居希望者の情報を交換することに同意します。

〇〇年 〇月 〇〇日

氏名

ぬくもり 花子

ぬくもり