

入所申込書

年 月 日

(フリガナ) 氏名	保 険 者 (市区町村)								
	被保険者 番号								
住所	〒								
生年月日	明・大・昭	年	月	日	(歳)	性 別	男・女		
入所希望室	<input type="checkbox"/> 従来型多床室 <input type="checkbox"/> 従来型個室 <input type="checkbox"/> ユニット型個室								
本人の状況 ※当てはまるものに、シ印を付けて下さい。									
要介護度	自立・要支援・介護度1・介護度2・介護度3・介護度4・介護度5 (認定有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日)								
入所を希望する理由	<input type="checkbox"/> 独り暮らしで、日常生活に支障が生じている。 <input type="checkbox"/> 介護者(家族等)が、高齢・病弱・就労・育児等のため介護が難しい。 <input type="checkbox"/> 他にも介護をしなければならない家族がいる。 <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により、在宅での介護が困難である。 <input type="checkbox"/> 病院や他の施設から退所を求められている。 <input type="checkbox"/> 介護保険の在宅サービス利用限度を超えるなど、費用負担が困難である。 <input type="checkbox"/> その他(介護で困っていることがありましたら、お書き下さい)								
認知症の症状	<input type="checkbox"/> 認知症(ぼけ症状)あり ⇒ 以下の当てはまる項目に、シ印を付けて下さい。 <input type="checkbox"/> 認知症(")なし								
	<input type="checkbox"/> 自分で物をしまい無くしたり、誰かに物を盗られるような妄想がある。 <input type="checkbox"/> 金銭の勘定が出来なくなった <input type="checkbox"/> 自分の部屋や便所の場所が判らないなど、家のなかで迷う。 <input type="checkbox"/> 電話や留守番での受け答えが出来なくなった <input type="checkbox"/> 夜間眠らない <input type="checkbox"/> 鍋を焦がすなど、火の不始末がある。 <input type="checkbox"/> 家の外をさまよいて歩く <input type="checkbox"/> 家族(介護者)への暴言や抵抗がある <input type="checkbox"/> 意味不明の言動がある <input type="checkbox"/> 奇声を上げる <input type="checkbox"/> 大便をいじる <input type="checkbox"/> 便所以外の場所で放尿する <input type="checkbox"/> ひんぱんに服を脱ぐ <input type="checkbox"/> 意思の疎通が困難 <input type="checkbox"/> 同じ事を何度も言う <input type="checkbox"/> 食べ物以外を食べる <input type="checkbox"/> その他の症状(以下にお書き下さい)								
身体の状況	<日常生活> *次のア～エのうち、ほぼ当てはまるものに、1つ ○印を付けて下さい。 ア 身の回りのことは大体自分で出来て、1人で隣近所へ外出できる イ 家の中では寝たり起きたり自力で過ごせるが、外出時には介助が必要。 ウ ベッド上で過ごすことが多いが、移動に車イスを使用できる。 (車イスで座る姿勢が保てる) エ 1日中ベッド上で過ごし、自分では身動き出来ず、全てに介助が必要。								

