

申込日 令和 年 月 日

1. 申込者（連絡先）*郵便物の送付やご連絡は全てこちらになります。

(ふりがな)		続柄 ()	施設受付印
氏名			
住所	〒		受理日
電話	①	- - (備考)	令和 年
	②	- - (備考)	月 日

2. 入所希望者の状況

(1) 基本情報について

(ふりがな)		性別	生年月日		
氏名		男・女	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和	年	月 日
住所	〒			介護度	
介護保険被 保険者番号			保険者 (市区町村)	要介護 1 2 3 4 5	
負担限度額認定	第1段階	第2段階	第3段階①	第3段階②	第4段階
認定有効期間	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和		年 月 日	～	令和 年 月 日
現況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人で暮らしている <input type="checkbox"/> 老人ホームで暮らしている		<input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 病院へ入院している		
	施設名・病院名：		(所在地： 市・区)		
	平成・令和		年 月 日	から入所・入院している	
入所を 希望する 理由	1.入所申し込みができるのは原則として要介護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、2欄も回答して下さい。)				
	<input type="checkbox"/> 介護者がいないため <input type="checkbox"/> 介護者が高齢、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により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"/> 施設や病院等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 ()				
	2.要介護1・要介護2の方は以下で該当するものを回答して下さい。				
	<input type="checkbox"/> 認知症である者であって、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられる。 <input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられる。 <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等である等により家族等による支援が期待できず、かつ、地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分である。				

(2) 医療状況について

現在治療中、及び過去に患った病気	
内服薬・外用薬	
感染症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
床ずれ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (部位:)
特別な医療	<input type="checkbox"/> 経管栄養 (経鼻・胃ろう) <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> その他 ()

(3) 身体状況について

身長	cm	体重	kg
歩行	<input type="checkbox"/> 独歩	<input type="checkbox"/> 手引き歩行	<input type="checkbox"/> 車いす
立位	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 介助あれば可能	<input type="checkbox"/> 困難
座位	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 背もたれで可能	<input type="checkbox"/> 困難
食事の動作	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
食事の形態	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 一口大	<input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 粥	
水分の形態	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> トロミ	<input type="checkbox"/> ゼリー
排泄の方法	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
排泄の場所	<input type="checkbox"/> トイレ	<input type="checkbox"/> Pトイレ	<input type="checkbox"/> オムツ
入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
麻痺	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり (部位:)	
言語	<input type="checkbox"/> 生活に支障なし	<input type="checkbox"/> 単語のみ	<input type="checkbox"/> 困難
視力	<input type="checkbox"/> 生活に支障なし	<input type="checkbox"/> 食事が見えない	<input type="checkbox"/> 見えない
聴力	<input type="checkbox"/> 生活に支障なし	<input type="checkbox"/> 大声が聞こえる	<input type="checkbox"/> 聞こえない
意思疎通	<input type="checkbox"/> 生活に支障なし	<input type="checkbox"/> その場はできる	<input type="checkbox"/> 困難
記憶理解	<input type="checkbox"/> 生活に支障なし	<input type="checkbox"/> その場はできる	<input type="checkbox"/> 困難

(4) 認知症について

認知症高齢者日常生活自立度	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> 自立
---------------	---

*分からない場合は、主治医又はケアマネジャーにご確認下さい。

(5) 経済状況について

<input type="checkbox"/> 生活保護	<input type="checkbox"/> 国民年金	<input type="checkbox"/> 厚生年金	<input type="checkbox"/> 共済年金	<input type="checkbox"/> 遺族年金	<input type="checkbox"/> 障害年金
<input type="checkbox"/> 貯蓄のみ	<input type="checkbox"/> その他収入	<input type="checkbox"/> 年金なし	＜1ヶ月あたりの収入		万円＞

(6) ご希望のお部屋について

<input type="checkbox"/> 多床室 (4人部屋)	<input type="checkbox"/> 従来型個室	<input type="checkbox"/> ユニット型個室
<input type="checkbox"/> 希望なし		

(7) 他施設への申込状況について

<input type="checkbox"/> 当施設のみ
<input type="checkbox"/> 他施設へも申込している 施設名 () ()

(8) 入所希望時期について

<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい
<input type="checkbox"/> 令和 年 月頃までに入所したい

3. 主たる介護者・家族等の状況

(ふりがな)	性別	生年月日及び年齢			
氏名	男・女	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日 歳
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"/> なし				
介護者の障害や疾病	<input type="checkbox"/> 障害や疾病はない <input type="checkbox"/> 障害や疾病があるが、介護は可能 <input type="checkbox"/> 障害や疾病があるため、多少の介護なら可能 <input type="checkbox"/> 障害や疾病のあるため、日常生活全般の介護が困難 <input checked="" type="checkbox"/> 障害や疾病のある場合、その状況を記入して下さい (障害: 手帳 疾病:)				
介護者の就労状況	<input type="checkbox"/> 就労している 8時間強/日 4時間～8時間/日 4時間未満/日 仕事の内容 () _____ 日/週 <input type="checkbox"/> 就労していない				
育児・他家族の看護状況	<input type="checkbox"/> 育児や他家族の看護はない <input type="checkbox"/> 臨時的に育児や他家族の看護をしている <input type="checkbox"/> 半日、育児や他家族の看護をしている <input type="checkbox"/> 常時、育児や他家族の看護をしている <input checked="" type="checkbox"/> 育児または他家族の看護をしている場合、その状況を記入して下さい ()				
介護への関わり方	<input type="checkbox"/> 介護している <input type="checkbox"/> やや消極的ではあるが介護している <input type="checkbox"/> 非常に消極的ではあるが介護している <input type="checkbox"/> 介護はしたくない、または、拒んでいる				

4. 介護の協力状況

同居家族の協力	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 随時あり (週1～3日、 1日あたり2時間または頻繁に協力あり) <input type="checkbox"/> 常時あり (週4日以上、 1日あたり2時間または頻繁に協力あり) <input checked="" type="checkbox"/> ありの場合、その状況を記入して下さい (続柄 日/週 時間程度)
別居血縁者の協力	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 随時あり (週1～3日、 1日あたり2時間または頻繁に協力あり) <input type="checkbox"/> 常時あり (週4日以上、 1日あたり2時間または頻繁に協力あり) <input checked="" type="checkbox"/> ありの場合、その状況を記入して下さい (続柄 日/週 時間程度)
近隣者の協力	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 随時あり (週1～3日、 1日あたり2時間または頻繁に協力あり) <input type="checkbox"/> 常時あり (週4日以上、 1日あたり2時間または頻繁に協力あり) <input checked="" type="checkbox"/> ありの場合、その状況を記入して下さい (関係 日/週 時間程度)

5. 自由記載

*入所希望者の趣味や活動、性格など
*介護での困りごとなど

6. 担当ケアマネージャー（いらっしゃる方だけの記載です）

事業所名		
氏名		☎

要介護1・要介護2の方のみ、以下のことについてもお願い致します。

「2. 入所希望者の状況」の「(1) 基本情報について」で「入所を希望する理由」として回答した項目について、詳細をご記入下さい。

--

【同意事項】

- ① 本入所申込書の内容を社会福祉法人江戸川豊生会へ提供することに同意します。
- ② 本入所申込書の内容を自治体から情報提供依頼があった場合、その提供に同意します。
- ③ 本入所申込書の内容について、関係病院や施設、担当ケアマネージャーに確認することに同意します。
- ④ 本入所申込書の内容を入所検討会等に係る範囲内で使用することに同意します。

令和 年 月 日

入所希望者 氏名 _____

代 筆 氏名 _____ (続柄)

入所申込者 氏名 _____ (続柄)

*社会福祉法人江戸川豊生会は、保有する個人情報を目的外の使用は致しません。