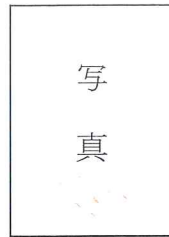


申込日 平成 年 月 日

入居申込書



医療法人恕泉会
社会福祉法人ふるさと会

理事長 内田 泰史 様

申込者 下

住所

氏名

電話

携帯電話

入居希望者との関係

印

私は

ケアハウス

グループホーム

特別養護老人ホーム

サービス付き
高齢者向け住宅

できるだけ早く入居したいので他の施設へも希望する

花の郷高知
 一般
 特定

浦戸の里
 ひまわりの家

森の里高知
 風花の里

はるのガーデン
平成30年春開設
予定

申し込みをした施設のみ希望する

あじさいの里
 特定

福寿の家

老人保健施設
 ピアハウス高知

への入居を申し込みます。

※グループホームへの申し込みをされる方は、認知症の診断が必要となります。

入居希望者の状況	ふりがな		男	生年月日	大正	年	月	日
	氏名		女		昭和		満	歳
	住所	〒			電話番号			

入居希望の時期及び理由

その他の具体的な状況 (経済的状況、介護者の身体的・精神的負担、居住環境、事故の危険性など)

介護保険
要介護度 自立 要支援1 要支援2 介護保険負担割合 1割 2割
 要介護度1 要介護度2 要介護度3 要介護度4 要介護度5

健康保険	種別		障害者手帳	種類	
	記号番号			判定	

収入状況	年金等	<input type="checkbox"/> 老齢 <input type="checkbox"/> 国民 <input type="checkbox"/> 厚生 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 恩給 <input type="checkbox"/> 遺族 (年額) 円
		<input type="checkbox"/> 老齢 <input type="checkbox"/> 国民 <input type="checkbox"/> 厚生 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 恩給 <input type="checkbox"/> 遺族 (年額) 円
		<input type="checkbox"/> 老齢 <input type="checkbox"/> 国民 <input type="checkbox"/> 厚生 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 恩給 <input type="checkbox"/> 遺族 (年額) 円
	その他(不動産収入等) 有・無 (年額) 円	

生活保護受給	有・無 (年額) 円
--------	------------

利用料等 経費負担	<input type="checkbox"/> 本人負担	縁故者の場合 氏名 _____ 続柄()
	<input type="checkbox"/> 一部縁故者	住所 _____
	<input type="checkbox"/> 全額縁故者	職業 _____

入居希望者の状況	現況 (在宅)	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らしをしている <input type="checkbox"/> 自宅で夫婦と暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で子供と同居している <input type="checkbox"/> 在宅サービスの利用 <input type="checkbox"/> あり (内容 _____) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 在宅介護サービスの支給限度額以上のサービスを利用している
	現況 (施設・病院)	<input type="checkbox"/> 施設や病院で生活している (施設種別をチェックして名称・時期などをご記入して下さい) <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 病院(救急) <input type="checkbox"/> 病院(一般) <input type="checkbox"/> 病院(療養) <input type="checkbox"/> その他(_____) 施設又は病院名 _____ 入居又は入院時期 _____ 年 _____ 月頃
病名	現病名 _____ 過去に患った病気・手術等 _____	

入居希望者の生活状況	<input type="checkbox"/> 認知症がある →特記すべき症状 (_____)
	<input type="checkbox"/> 視力に障害がある <input type="checkbox"/> 聴力に障害がある <input type="checkbox"/> 言語に障害がある <input type="checkbox"/> 手足に障害がある
	移動... <input type="checkbox"/> 自分で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 杖を使用 <input type="checkbox"/> 車椅子を使用 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> その他(_____)
	食事... <input type="checkbox"/> 自分で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	排泄... <input type="checkbox"/> 自分で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> その他(_____)

医療・介護関係者	主治医	医療機関名 _____ 主治医氏名 _____
	担当ケアマネージャー	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない 事業所名 _____ 担当者名 _____

身元保証人	ふりがな	希望者との関係	大正	年	月	日
	氏名		昭和			
	住所	〒				
	電話番号	(自宅) _____ (携帯) _____ (勤務先) _____				

連絡先	ふりがな	希望者との関係	大正	年	月	日
	氏名		昭和			
	住所	〒				

個人情報取得・提供の同意	電話番号	(自宅) _____ (携帯) _____ (勤務先) _____
	入居判定及びサービス提供のため必要な範囲において、入居希望者及びその家族等に関する情報を市町村、居宅介護支援事業所、医療機関及びその他関係機関から、施設が取得し利用することに同意します。また、高齢者施策に役立たせるため高知県及び関係市町村から要請があった場合、入居希望者の情報を提供することに同意します。 なお、入居申込後に入居希望者が死亡、施設・病院等への入居・入院その他の理由により、入居の必要がなくなった場合には、速やかにその旨を連絡し申込みを取り下げます。	
	入居希望者 氏名 _____ 印	
	家族等 氏名 _____ 印	

※入居申込受付には、入居申込書・入居申込意見書・介護保険被保険者証(写)が必要となります。
介護保険者証(写)は要介護認定を受けている方のみ添付して下さい。(変更申請中の方は認定後に提出して下さい。)

(様式2)

入居申込意見書

入居希望者氏名

記載者

記載日 平成 年 月 日

氏名 _____

所属 _____

職種 _____

TEL _____

※要介護度が自立の方は必要ありません。

※この意見書は、介護支援専門員、施設・病院職員などの専門職が入居希望者の現在の状況をご記入ください。

(記入する者がいない場合は、申し込み先の施設にご相談ください。)

(1) 要介護度

要介護 5	要介護 4	要介護 3	要介護 2	要介護 1
要支援 2	要支援 1			

(2) 認知症高齢者の日常生活自立度

M	IV	IIIb	IIIa	IIb
IIa	I	自立		

(3) 障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)

C2	C1	B2	B1	A2
A1	J2	J1	自立	

(4) 現在の身体状況に該当する項目に○をつけてください

	A	B	C	特記事項(できる限りご記入ください)
①食 事	介助が必要	見守り程度	自 立	
②入 浴	介助が必要	見守り程度	自 立	
③排 泄	介助が必要	見守り程度	自 立	
④移 動	介助が必要	見守り程度	自 立	
⑤更 衣	介助が必要	見守り程度	自 立	

(5) 直近1カ月以内に認知症による周辺症状があったものに○をつけてください

	A	B	C	D	特記事項(できる限りご記入ください)
①火の不始末がある	ほぼ毎日	週1~3回	月1~3回	なし	
②徘徊がある	ほぼ毎日	週1~3回	月1~3回	なし	
③介護に対して抵抗がある	ほぼ毎日	週1~3回	月1~3回	なし	
④暴言暴行や大声がある	ほぼ毎日	週1~3回	月1~3回	なし	
⑤摂食異常がある	ほぼ毎日	週1~3回	月1~3回	なし	
⑥不潔行為がある	ほぼ毎日	週1~3回	月1~3回	なし	
⑦昼夜逆転がある	ほぼ毎日	週1~3回	月1~3回	なし	
⑧その他の周辺症状	ほぼ毎日	週1~3回	月1~3回	なし	

(6) 現在の介護状況に該当するものに○をつけてください

①身寄りがいない若しくは家族等がいても疎遠であるなど介護する者がいない	
②介護する者はいるが、地理的に離れている若しくは病院等に長期入院の状況にあり、十分な介護が困難	
③介護する者はいるが、要介護状態、病気療養中、障害を有するなどの状況にあり、十分な介護が困難	
④介護する者はいるが、要支援状態、高齢等の状況にあり、十分な介護が困難	
⑤介護する者はいるが、複数の介護や育児を行っているなど、十分な介護が困難	
⑥介護する者はいるが、就業しているため、十分な介護が困難	
⑦その他()	

(7) 現病名及び既往歴

(現病名)	(既往歴)

(8) 特別な医療行為及び処方薬

(医療行為名・内容・頻度) <input type="checkbox"/> 鼻腔栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 痰吸引 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 疼痛管理 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> C型肝炎等 <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> その他()	(処方薬)

(9) 特記事項 (在宅及び入居・入院先で生活継続困難な理由) *住居環境、経済状況、介護者の身体的・精神的状況なども含む。

※入居申込受付には、入居申込書・入居申込意見書・介護保険被保険者証(写)が必要となります。