

利用申込書兼状況調査票

特別養護老人ホーム まほろばの里たいわ

施設長 殿

特例入所

以下の通りに申し込みをいたします。

平成 年 月 日
時間 対応者

利用希望施設		<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム (<input type="checkbox"/> 個室 <input type="checkbox"/> 多床室) <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> デイサービス		
申請者	氏名(ふりがな)	続柄:		
	住所	〒		
	電話番号	()	大・昭・平 年 月 日 歳	
本人の状況	介護保険被保険者番号	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日まで		
	氏名(ふりがな)	男 ・ 女		
	住所	〒		
	電話番号	()	明・大・昭 年 月 日 歳	
	要介護度	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5	他施設の申請状況	
	現在の状況	在宅 ・ 入院中 ・ 施設入所中	介護サービス等利用状況	
	認知症	ある ・ なし (「ある」の場合下記のご記入をお願いします) 次にあげるような症状がありますか？ あてはまる番号全てに○をつけて下さい。 1・記憶力の低下(直前の記憶が無く、同じことを繰り返したり、何度も同じことを聴いたりする。) 2・理解・判断力の低下(言葉や単語の意味を理解することが困難になり、簡単な質問にも答えられないことがある) 3・見当識の障害(今の時間や今いる場所、今一緒にいる人が解らない事がある。) 4・昼夜逆転(昼間に寝て、夜中になると起きてくることがある。また、不安から、夜中に奇声を発したり、ごそごそと動き回ったりする) 5・徘徊(あてもなく歩き続けたり、ウロウロすることがある) 6・妄想・幻覚(「お金を盗られた」「食事を与えてくれない」などの実際にはないことを訴える妄想が起こったり、見えないものが見えることがある、誰もいないのに会話をしたりする) 7・収集癖(自分のものではない物や、必要でない物を持ち帰る行動がみられる) 8・その他		
		認知症高齢者の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M		
	病院名			
	病名	現在、右記のような処置を受けていますか。受けているものに○を付けて下さい	経管(鼻腔栄養) ・ 胃ろう ・ 在宅酸素 インスリン その他()	
今すぐ入所する意思がありますか？	今すぐ ・ 数カ月後 ・ 1年以上			
家族構成	1人暮らし ・ 夫婦二人 ・ 家族と同居 ・ その他()			

※ここからは、ご本人の介護を行っている方についてお聞きします。

介護を行っている方の状況	介護を行っている方についてお書き下さい。	ふりがな 氏名	生年月日(年齢)	続柄(主たる介護者に◎)	同居の有無	仕事の有無
			()	()	同居・別居	フルタイム・パート・無
			()	()	同居・別居	フルタイム・パート・無
			()	()	同居・別居	フルタイム・パート・無
	介護を行っている方の状況	①介護を行っている方は、障害や病気をお持ちですか？病名等をお書き下さい。(要支援・要介護認定を受けている場合、それもお書き下さい。)		障害・病気が(ある・ない) 病名:		要支援(1・2) 要介護 (1・2・3・4・5)
		身体障害者手帳をお持ちの方は、何級をお持ちですか？()級)		障害名をお書き下さい。		
		療育手帳をお持ちの方はAかBかお書き下さい。		A(重度)・B(中度・軽度)		
上記以外の場合お書き下さい。						
②複数人の介護・育児をしている(いない)		どなたを介護・育児していますか？				
ケアマネジャーはどこに頼んでいますか？	居宅介護支援事業所名:		ケアマネジャーの氏名		電話番号	

ご本人について	起居動作	歩行(可・不可) 立位(可・不可) 座位(可・不可)				
	移動	車椅子(自操・介助)・歩行器・その他()				
	入浴	自立・一部介助・全介助 【機械浴槽・一般浴槽】				
	食事	自立・一部介助・全介助 【制限食有・無】 【食形態】				
	更衣整容	自立・一部介助・全介助				
	意思疎通	可・不可	周辺症状			

申込み理由(特に知らせておきたい事項、介護をしている上で困っていること等ありましたら併せてご記入下さい。)

- 介護する者がいないため 介護する者の身体的・精神的負担が大きい
- 介護する者が仕事をしていて介護することが困難なため
- 居住環境の事情により十分な介護をすることが困難なため
- 病院や施設から退院(退所)を求められているため
- その他(介護上お困りのことについてご記入下さい。)

ご本人の状況をより詳しく把握するために、市町村から要介護認定に係る認定調査票の情報を得てもよろしいでしょうか。よろしければ、下記に署名、押印をお願い致します。

氏名(本人) _____ (印)

代筆者 _____ (印)