

小平市指定介護老人福祉施設等入所申込書兼調査書

要介護3~5

申込日 平成 年 月 日

ふりがな		入所申込者ご本人との関係	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子（同居・別居）続柄（ ）	
申込書ご記入の方のお名前			<input type="checkbox"/> その他（ ）	
住所	〒		電話	
			携帯	

ふりがな		性	男・女	生年月日	明大昭	年 月 日	満 歳
申込書ご本人のお名前		別	女				
介護保険被保険者番号	1	3	0	0			
住所	〒		この申込書についての問い合わせ先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅以外のご家族・親族等（続柄） 名前 電話			
要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5		認定有効期間	年 月 日 から 年 月 日 まで			
現在の居所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム <input type="checkbox"/> ケアハウス <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> グループホーム 施設の名称 _____ 入所・入院開始日 平成 年 月 日 から <input type="checkbox"/> その他（ ）						
同居の方について	<input type="checkbox"/> ひとり暮らし <input type="checkbox"/> ご夫婦のみ（ ） <input type="checkbox"/> ご夫婦以外の同居者がいる（ ）						
主に介護している方について（施設入所や入院中の方は自宅に戻った場合の状況についてご記入ください。）	介護をする方は <input type="checkbox"/> いる（ ） <input type="checkbox"/> いない 主に介護される方は <input type="checkbox"/> 健康 ※当てはまるもの <input type="checkbox"/> 高齢（ 歳） すべてをチェック <input type="checkbox"/> 病弱（病名 _____ 通院治療 有・無） してください。 <input type="checkbox"/> 病気で入院中（ 年 月 ~ ） <input type="checkbox"/> 障害がある（障害の程度 種 級） <input type="checkbox"/> 働いている（パート・正社員） <input type="checkbox"/> 働いていない <input type="checkbox"/> 育児中である（就学前） <input type="checkbox"/> 複数の方の介護をしている（ ） 上記以外の介護者の状況について [ _____ ]						
介護を手伝う方について	介護を手伝う方は <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない 手伝う方がいる場合、その方は <input type="checkbox"/> 親族 <input type="checkbox"/> 近所の方 <input type="checkbox"/> それ以外（ ）						
お住まいについて	今のお住まいは <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅以外 自宅以外にお住まいの方は、戻る自宅が <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない						
介護する上での住宅の問題について	<input type="checkbox"/> エレベーターのない集合住宅の2階以上に住んでいる <input type="checkbox"/> 自分の部屋がない <input type="checkbox"/> 自分の部屋とは別の階にトイレや風呂がある <input type="checkbox"/> 立ち退きを求められている <input type="checkbox"/> 家屋の老朽化が著しい 上記以外の住宅の問題について [ _____ ]						

ご本人の 心身の状 況につい て	<u>疾病・障害について</u>		
	疾病	病名 _____	通院（有・無） _____ 服薬（有・無） _____
		病名 _____	通院（有・無） _____ 服薬（有・無） _____
		病名 _____	通院（有・無） _____ 服薬（有・無） _____
	障害者手帳	<input type="checkbox"/> ある	
	障害の内容 _____	障害の程度 _____ 種 _____ 級 _____	
	<input type="checkbox"/> ない		
	<u>認知症等の問題行動</u>		
	<input type="checkbox"/> 暴言暴行 <input type="checkbox"/> 大声を出す <input type="checkbox"/> 介護に抵抗 <input type="checkbox"/> 常時の徘徊 <input type="checkbox"/> 外出して戻れない <input type="checkbox"/> 一人で外に出たがる <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 幻覚・妄想 <input type="checkbox"/> 異食 その他の問題行動の状況について		
	〔 _____ 〕		
	<u>医療的処置</u>		
	<input type="checkbox"/> 尿管カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ（ _____ ） <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> インシュリン注射（ _____ 回/日） <input type="checkbox"/> 経管栄養（経鼻・経腸・胃ろう）		
	〔 _____ 〕		
	<u>その他心身の状況で留意すること</u>		
	〔 _____ 〕		
在宅サー ビスにつ いて	在宅サービスは、	<input type="checkbox"/> 利用している <input type="checkbox"/> 利用していない	
	今後の利用は、	<input type="checkbox"/> 今のままでよい <input type="checkbox"/> もっと増やしたい	
		<input type="checkbox"/> サービスや使い方を変更した （具体的な内容 _____）	
ケアプラン などにつ いて	ケアプランは、	<input type="checkbox"/> 作っている <input type="checkbox"/> 作っていない	
	担当の介護支援専門員（ケアマネジャー）は、	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	
	介護支援専門員名（ケアマネージャー）氏名 _____		
	事業所名 _____	電話 _____（ _____ ）	
他施設の 申込状況 について	市内	<input type="checkbox"/> やすらぎの園 <input type="checkbox"/> 小川ホーム <input type="checkbox"/> まりも園 <input type="checkbox"/> 多摩済生園 <input type="checkbox"/> 小平健成苑 <input type="checkbox"/> さくらの杜	
	市外	<input type="checkbox"/> あゆみえん（青梅市） <input type="checkbox"/> 青梅天使園（青梅市） <input type="checkbox"/> 羽村園（羽村市） <input type="checkbox"/> 神明園（羽村市） <input type="checkbox"/> 羽生の里（日の出町） <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）	
特記すべ き事項			

情報提供に 関する同意 確認欄	私は、入所申込み施設が保険者から私の要介護認定一次判定資料の提供を受ける事に同意します。	
	また、この申込書にある内容を保険者・在宅介護支援センター・担当ケアマネージャーへ情報提供する事に同意します。	
	指定介護老人福祉施設 _____	施設長 様
	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
	氏名（入所申込者ご本人） _____	印 _____
	（代筆者氏名 _____）	

# 身体及び精神面の状況

記入者氏名： \_\_\_\_\_

氏名		生年月日	大・昭	年	月	日	( 歳)
◎主な疾病名と発病時期							
◎身障手帳	( 有 ・ 無 )	【身障害害名 ( _____ )		程度	( _____ 種 _____ 級)	】	
◎その他手帳	( 有 ・ 無 )	【 _____ 】					

## 1. 身体及び日常生活動作の状況

(1) 身体状況		(2) 日常生活動作の状況			
身長	( _____ ) cm	食 事	①自立	②一部介助	③全介助
体重	( _____ ) kg	入 浴	①自立	②一部介助	③全介助
視 力	①普通 ②弱視 ③全盲	排 泄	①自立	②一部介助	③全介助
聴 力	①普通 ②やや難聴 ③難聴	移 動	歩行・歩行器(杖)・車椅子		
会 話	①普通 ②少し不自由 ③不自由		①自立	②一部介助	③全介助
皮膚状態	①良好 ②不良(部位: _____)	衣服の着脱	①自立	②一部介助	③全介助
※特記事項					

## 2. 精神面の状況

・認知症 ( 有 ・ 無 )	・その他精神障害等 ( 有 ・ 無 )
※程度や主な症状	

## 3. 日常生活における留意点

※日常生活において、困っていること、配慮が必要なことはありますか？

## 4. ご本人の入所後の意向や希望についてお聞かせください

リハビリについて	①積極的に希望する	②ある程度希望する	③希望しない
居室について	①個室を希望する	②多床室を希望する	③どちらでもよい
施設での看取りについて	①希望する	②希望しない	③今はわからない
※上記内容を含め、希望されることがあればご記入ください			