

入居申込書 (表)

(フリガナ) 氏名	保 険 者		桐生市 ・ その他()				
	被保険者番号						
生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日 (歳)				性別	男 ・ 女	
住 所	〒 - - 電話番号 - -				担当ケアマネ 事業所名/担当者氏名		
	ご 本 人 の 状 況						
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)						
介護の期間	いつから介護が必要になりましたか？ 年 月頃から						
現在の介護	<input type="checkbox"/> 自宅 ・ 介護者がいる (介護者氏名 本人との続柄) ・ 介護者がいない ・ 現在利用している在宅サービスの状況 () <input type="checkbox"/> 病院 (病院名: 入院日:) <input type="checkbox"/> 介護老人保険施設 (施設名: 入所日:) <input type="checkbox"/> その他 ()						
入居を希望する理由	<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などありましたら、お書きください。 ・ 介護疲れ ・ 転院 ・ 介護者不在 ・ 経済的な理由 ・ 医療的な心配 ・ その他 ()						
認知症の症状 ※現在の様子をご記入ください	認知症の症状で、下記に該当することはございますか？ <input type="checkbox"/> あり ⇒ 以下の当てはまる項目に、レ印をつけてください。 <input type="checkbox"/> 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"/> 金銭の勘定ができなくなった。 <input type="checkbox"/> 自分の部屋や便所の場所が判らないなど、家の中で迷う。 <input type="checkbox"/> 電話や留守番での受け答えができなくなった。 <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"/> 奇声をあげる。 <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"/> 頻繁に服を脱ぐ。 <input type="checkbox"/> 意思の疎通が困難。 <input type="checkbox"/> 同じことを何度も言う。 <input type="checkbox"/> 食べ物以外を食べる。 <input type="checkbox"/> その他の症状 (入院・入居先などから伝えられている情報などをご記入ください) ()						
身体の状況 ※現在の様子をご記入ください	<日常生活> * 次のア～エのうち、ほぼ当てはまるものに1つ○印を付けてください。 ア 身の回りのことは大体自分でできて、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、自分では身動きできず、全てに介助が必要。						

*施設欄

*施設欄

*施設欄

