



# 増戸ホーム専用入居申込書

令和 年 月 日記入

## 入居希望者情報

ふりがな		<input type="checkbox"/> 男	生年月日	満年齢
氏名		<input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和                 年 月 日生	歳
住所	〒 _____ TEL _____ - _____			
介護保険関係			医療保険関係	
要介護度	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	保険種類	<input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保	
認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日	保険者名		
保険者名		保険者番号		
保険者番号		被保険者番号		
被保険者番号		各種手帳	<input type="checkbox"/> 身障 <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 精神	
負担限度額認定証	<input type="checkbox"/> 1段階 <input type="checkbox"/> 2段階 <input type="checkbox"/> 3段階 <input type="checkbox"/> 無し	生活保護	<input type="checkbox"/> 受給中 <input type="checkbox"/> 受給していない	
負担割合証	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割			
【生活歴】 ※差し支えのない範囲でご記入ください。				
-----				
-----				

## ご家族・ご親族等情報

ふりがな		<input type="checkbox"/> 男	入居希望者との関係( )
氏名		<input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
住所	〒 _____ TEL _____ - _____		
住所	〒 _____ TEL _____ - _____		
住所	〒 _____ TEL _____ - _____		
住所	〒 _____ TEL _____ - _____		
家族構成	①配偶者の方は・・・ <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない ( <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 離別 ) ②お子様は…………… <input type="checkbox"/> いる ( 男:___人 女:___人 ) <input type="checkbox"/> いない ③お孫様は…………… <input type="checkbox"/> いる ( ___人 ) <input type="checkbox"/> いない ④兄弟姉妹は……… <input type="checkbox"/> いる ( 兄:___人 姉:___人 弟:___人 妹:___人 ) <input type="checkbox"/> いない ⑤その他…………… ( )		
申込理由	<input type="checkbox"/> 介護者不在 <input type="checkbox"/> 同居者がいても介護出来ない <input type="checkbox"/> 家族問題 <input type="checkbox"/> 住宅問題 <input type="checkbox"/> 経済問題 <input type="checkbox"/> その他 ※出来るだけ詳しくお書き下さい		
	-----		
	-----		

# 詳細情報

氏名			
身長・体重	cm	kg	（ 令和 年 月 日現在 ）
寝返り	<input type="checkbox"/> 一人で出来る <input type="checkbox"/> 介助が必要		
起き上がり	<input type="checkbox"/> 一人で出来る <input type="checkbox"/> 介助が必要		
離床状況	<input type="checkbox"/> 一日のほとんどを起きて過ごしている <input type="checkbox"/> 数時間程度起きて過ごしている <input type="checkbox"/> ほとんど起きていない		
移乗	<input type="checkbox"/> 一人で出来る <input type="checkbox"/> 介助が必要		
移動	<input type="checkbox"/> 一人で出来る <input type="checkbox"/> 介助が必要（ <input type="checkbox"/> 手引き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 ）		
麻痺	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 ）		
拘縮	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 ）		
排尿	<input type="checkbox"/> トイレ（ <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 ） <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ（ <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 ） <input type="checkbox"/> オムツ（ <input type="checkbox"/> 昼夜 <input type="checkbox"/> 夜間のみ ）		
排便	<input type="checkbox"/> トイレ（ <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 ） <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ（ <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 ） <input type="checkbox"/> オムツ（ <input type="checkbox"/> 昼夜 <input type="checkbox"/> 夜間のみ ）		
食事	主食（ <input type="checkbox"/> ご飯 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> ペースト ） 主菜（ <input type="checkbox"/> 形 <input type="checkbox"/> ひとくち大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ペースト ）		
	<input type="checkbox"/> 一人で食べられる <input type="checkbox"/> 時々介助が必要 <input type="checkbox"/> 食事全般に介助が必要		
	<input type="checkbox"/> 経管栄養（ <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻 ）		
飲み込み	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 水分でむせる <input type="checkbox"/> とろみが必要 <input type="checkbox"/> 吸引が必要 <input type="checkbox"/> 飲み込みが出来ない		
アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ 具体的な品名：_____ 症状：_____ ）		
歯	<input type="checkbox"/> 自歯のみ <input type="checkbox"/> 部分義歯（ <input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 下 ） <input type="checkbox"/> 義歯（ <input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 下 ）		
口腔ケア	<input type="checkbox"/> 一人で出来る <input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> うがい（ <input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> 出来ない ）		
入浴	<input type="checkbox"/> 一人で出来る <input type="checkbox"/> 介助が必要（ <input type="checkbox"/> 普通浴槽 <input type="checkbox"/> 特殊浴槽 ）		
身だしなみ	<input type="checkbox"/> 一人で出来る <input type="checkbox"/> 介助が必要		
更衣動作	<input type="checkbox"/> 一人で出来る <input type="checkbox"/> 介助が必要（ <input type="checkbox"/> 上衣 <input type="checkbox"/> 下衣 ）		
視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや見える <input type="checkbox"/> ほとんど見えない <input type="checkbox"/> 全く見えない		
聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや聞こえる（ 補聴器 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ） <input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない <input type="checkbox"/> 全く聞こえない		
既往歴	病名：	発症： 年 月 頃	<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経過観察
	病名：	発症： 年 月 頃	<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経過観察
	病名：	発症： 年 月 頃	<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経過観察
	病名：	発症： 年 月 頃	<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経過観察
	病名：	発症： 年 月 頃	<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経過観察
服薬内容	.....		
皮膚状態	発疹は	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ありの場合部位：_____ ）	
	痒みは	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ありの場合部位：_____ ）	
	内出血は	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ありの場合部位：_____ ）	
	切り傷は	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ありの場合部位：_____ ）	
	床ずれは	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ありの場合部位：_____ ）	
	※上記症状で治療は（ <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 治療済 ）		
意志決定	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> やや難しい <input type="checkbox"/> できない ※上記で、やや難しい・できないとした場合は具体的な内容 ( _____ )		
認知症等に 伴う周辺症状	<input type="checkbox"/> 物忘れ <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 帰宅願望 <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 強い口調 <input type="checkbox"/> 幻覚・幻聴 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 夜間不眠 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> その他( _____ )		
	※上記症状について具体的に記入下さい。 [ ..... ..... ..... ]		

# 介護支援専門員意見書

令和 年 月 日

ふりがな											
入居申込者氏名	被保険者番号										
ケアプランについて	在宅サービス利用率	% (直近1か月の給付限度額に対する利用割合)									
	利用しているサービス(直近1か月の利用状況)										
	サービス名	利用回数等									
	サービスに対するご本人またはご家族の希望など										
ご本人の状況	1 身体の状況について(麻痺や拘縮など、介護を要する身体状況)										
	2 認知症等について(介護や見守りを要する認知症の状況)										
	3 疾患等について(特に注意を要すること、医療器具の使用など介護や看護を要する疾患など)										
その他の留意すべきこと	※ご本人の嗜好や性格など介護をする上で把握しておくべきこと										

記入者氏名		職 種	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> その他( )
事業所区分	<input type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> その他( )		
事業所名		連絡先 電話番号	- -