

入所申込書及び調査票

令和 年 月 日

本人	ふりがな		性別	生年月日				
	氏名		男・女	M T S	年	月	日(歳)	
	住所		電話番号	()				
申込者	ふりがな		続柄					
	氏名		携帯番号	()				
	住所		電話番号	()				
要介護認定	被保険者番号		介護度	1	2	3	4	5
	認定の有効期限	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 まで						
支援事業者 <small>居宅介護 事業者</small>	事業所名		担当者					
			電話番号	()				
医療の状況	かかりつけ病院							
	医師名		電話番号	()				
	病歴・現病歴							
	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 人口肛門 <input type="checkbox"/> その他()							
介護者の状況	1 <input type="checkbox"/> 身寄りが無く介護するものがない 2 <input type="checkbox"/> 家族が長期入院や施設入所しており介護できる者がいない 3 <input type="checkbox"/> 家族が遠方に住んでおり介護できない 4 <input type="checkbox"/> 介護する者はいるが、十分な介護力が無い (介護者が <input type="checkbox"/> 要介護状態 <input type="checkbox"/> 病気療養中 <input type="checkbox"/> 障害がある 5 <input type="checkbox"/> 介護する者はいるが、介護にあたる時間を十分に確保できない (介護者が <input type="checkbox"/> 要支援状態・高齢 <input type="checkbox"/> 就労している <input type="checkbox"/> 他にも介護している <input type="checkbox"/> 育児をしている 6 <input type="checkbox"/> 介護する者はいるが、上記以外の理由で介護を行うことが困難である。 7 <input type="checkbox"/> 1~6に該当しない(介護に欠ける状態では無い)							
	※上記を記入し、現在の家族状況、介護者の状況を具体的にご記入ください <div style="border: 1px solid blue; height: 80px; width: 100%;"></div>							

現在の所在	自宅	利用中の在宅サービス
	施設	施設名 平・令 年 月 日から入所
	入院中	病院名 入院の理由、病名

家族構成	氏名	続柄	年齢	住所	備考
					同居・別居
					同居・別居
					同居・別居
					同居・別居
					同居・別居
					同居・別居
					同居・別居

年金	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 共済年金 <input type="checkbox"/> その他() 1ヵ月あたりのおおよその金額()円
----	---

身体状況及び日常生活状況		介護状況	具体的な状況		介護状況	具体的な状況
	移動	自立 一部介助 全介助		物忘れ	有 無	
	食事	自立 一部介助 全介助		徘徊	有 無	
	更衣	自立 一部介助 全介助		被害妄想	有 無	
	排泄	自立 一部介助 全介助		大声・興奮	有 無	
	入浴	自立 一部介助 全介助		暴言・暴力	有 無	
	麻痺	無 有		昼夜逆転	有 無	
	拘縮	無 有		その他		
	視力	支障有 支障無				
	聴力	支障有 支障無				
会話	支障有 支障無					

特記事項	※申込理由や現在困っていることなどをご記入ください。
------	--