

本入所用申込書(大豆島)						
社会福祉法人 博悠会				施設長	副施設長	相談員
文書コード	作成日	Version	改訂日	ページNo		
1-1-100.01	060801	1.1	061027	1/1		

フリガナ		性別		生年月日		明・大・昭 年 月 日生(歳)	
氏名		男女		〒 - -		TEL: - -	
住所		同居者の有無: 同居者有 独居		TEL: - -			
国籍		日本 その他()		被保険者番号		長野市 その他:	
要介護認定		申請中 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5		認定期間		年 月 日 ~ 年 月 日	
担当の居宅介護支援事業所		事業所の名称		担当者		TEL: - -	
健康保険		種類		年金の種類等		種類	
介護保険負担限度額		第一段階		第二段階		第三段階 第四段階	
居宅サービスの利用状況		訪問介護 訪問看護 訪問入浴 訪問リハ 通所介護 老健施設 通所リハ 短期入所生活介護 短期入所療養介護 福祉用具貸与 (前月の介護保険利用実績 単位)(直近3ヶ月の平均 単位)					
現在の状況		自宅 施設(病院)へ入所、入院中(名称) 年 月 日~					
過去の入所・入院状況		種類 名称		理由		年 月 日~ 年 月 日	
入所を希望する理由(該当する事項に全て記入すること)		介護者がいないため 介護者が高齢、障害、疾病等のため 介護者が就労しているため 介護者が育児等しているため 介護者が不在となる時間があり、不安を抱えているため 居宅サービスの限度額を超えており、経済的負担が大きい 介護者の身体的、精神的負担が大きい 現在入院(入所)している病院、老健等から退院(退所)を求められているが、在宅生活が困難であるため。 年 月 日頃退院(退所)予定 いずれ施設への入所を必要とするため。					
部屋の希望		4人部屋 2人部屋(1日500円) 個室(1日1000円) 特別室(1日3000円)					
他の施設への申し込み状況		ある なし					

身元引受人の情報	フリガナ	性別	住所	〒 - -	TEL: - -	携帯:
	氏名	男女				
	住居の区分	同居 別居	申請者との関係	配偶者 子 子の配偶者 兄弟姉妹 その他:		
主たる介護者の状況	フリガナ	性別	生年月日			
	氏名	男女	明・大・昭 年 月 日生(歳)			
	住所	〒 - -	TEL: - -	要介護認定の有無	有・無	
		携帯:		要介護状態区分		
	住居の区分	同居 別居	申請者との関係	配偶者 子 子の配偶者 兄弟姉妹 その他:		

介護者自身の介護認定状況をお書き下さい。

家族等の状況(入所者希望者に対して)	氏名	続柄	年齢	同居の区分	備考
				同居 別居	
				同居 別居	
				同居 別居	
				同居 別居	
				同居 別居	
医療情報	現在の主な病気				
	主な病歴				
	服薬	無 有:			
医療的状態	医療的状態	鼻腔栄養 胃ろう 膀胱留置カテーテル ストーマ 酸素療法 インシュリン 透析 気管切開 吸引 その他: (現在治療中の病名:)			
	身長・体重	身長	cm	体重	kg
身体状況	視力	普通	弱視	全盲	緑・白内障(右・左)
	聴力	普通	やや難聴	難聴	(右・左)
状況	言語	普通	少し不自由	不自由	
	床ずれ	無	有(程度)		
日常生活動作の状況	歩行	自分で可(自力歩行) 自分で可(杖歩行) 自分で可(歩行器) 一部介助(シルバーカー) 自分で可(車椅子) 一部介助(歩行) 一部介助(車椅子) 全介助(車椅子) 全介助(ストレッチャー) *特記事項()			
	排泄	自分で可(トイレ) 自分で可(ポータブルトイレ) 一部介助(トイレ) 一部介助(ポータブルトイレ) 全介助(おむつ) 全介助(バルーンカテーテル) *特記事項()			
着脱衣	食事	自分で可	一部介助	全介助	全介助(経管栄養)
	入浴	自分で可(一般浴)	一部介助(一般浴)	全介助(一般浴)	全介助(特浴)
精神の状況	認知症	正常	記憶障害	ある	なし
	問題行動	認知	失見当	ある	なし
特記	問題行動	暴言・暴行	ある	なし	異食
		徘徊	ある	なし	ある

個人情報に関する同意及び説明確認欄	私は、入所申込に際し、入所申込みから入所契約までの入所決定方法について、施設の担当者から説明を受けました。 又、必要関係機関に介護に関する個人情報を提供することを同意します。 年 月 日 利用者氏名 : 身元引受人氏名: (印)
-------------------	---