

ケアハウス オークパーク

オークパーク施設長 殿

一般

特定

入居希望者ご本人の状況	申込日	20 年 月 日 ()			受付日 (施設記入欄)	20 年 月 日 ()				
	入居希望者				男 女	明 大 昭				
						年 月 日 歳				
	住所	〒				連絡先				
	介護保険等情報	非該当 / 要支援 1 2 / 要介護 1 2 3 4 5				保険者				
		被保険者番号			認定日			期間		
		居宅介護支援事業所:				担当者:				
		1. 施設	()		入所日	20 年 月 日				
		2. 病院	()							
		病名	()		入院日	20 年 月 日				
3. 在宅 サービスを利用している場合は記載してください										
病名								※発症年も記載してください		
担当医	病院			医療処置	無 有 ()					
	医師				※医療行為は対応不可(一部対応可)					
収入	種類			利用料支払者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他()					
	年額			請求先	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他()					
その他	入居を希望する理由									
	入居時期等	<input type="checkbox"/> 今すぐ入居希望する <input type="checkbox"/> 待機する(半年先 1年先) <input type="checkbox"/> その他()								
		<input type="checkbox"/> 他施設へ申し込みしている <input type="checkbox"/> 他施設へ申し込みしていない								
→施設名()										
近親者について										
主たる介護者及び申込者				続柄	性別	職業	明 大 昭			
					男 女		年 月 日 歳			
住所	〒				連絡先					
名前	職業	続柄	生年月日	住所		連絡先				
			T S H / /	〒						
			T S H / /	〒						
			T S H / /	〒						
			T S H / /	〒						

身体等の状況	入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	家事状況	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
	更衣	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	金銭管理	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
	洗面	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	服薬状況	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
	特別食	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 ()		アレルギー	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 ()		
	移動	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	(<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他)				
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	(<input type="checkbox"/> 失禁 <input type="checkbox"/> 紙パンツ <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> オシメ)				
	食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	(主食: <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 粥 副食: <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ミキサー)				
	義歯	<input type="checkbox"/> 有 (上・下) <input type="checkbox"/> 無 (自歯・使用していない)							
	視力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やや悪い	<input type="checkbox"/> 人の動きがわかる程度	<input type="checkbox"/> ほとんど見えない				
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やや悪い	<input type="checkbox"/> 大声が聞き取れる	<input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない				
	言語	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 聞き取りにくい	<input type="checkbox"/> 聞き取れない					
※その他補足すべき身体の状態について、具体的に記載してください。									

認知症・精神の状況	問題行動	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 ()	
	介護抵抗	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 ()	
	短期記憶障害	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 ()	
	意思決定障害	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 ()	
	伝達能力障害	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 ()	
	理解能力障害	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 ()	
	認知症精神の状況 ①	<input type="checkbox"/> 何らかの認知症を有するが、日常生活はほぼ自立している。		
		<input type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状がみられるが、誰かが注意していれば自立できる。		
		<input type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状がみられ、介護を必要とする。		
		<input type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状が頻繁にみられ、常に介護を必要とする。		
<input type="checkbox"/> 著しい精神状況や問題行動がみられ、専門治療を必要とする。				
認知症精神の状況 ②	自傷行為、せん妄、徘徊、奇声、摂食異常、不潔行為、暴言、暴力、あるいは精神障害がある場合はその状況や頻度等を具体的に記載してください。			
(認知症度: 寝たきり度:)				

<同意事項>

- ・申込書の内容に変化があった場合は、申込者又は近親者から施設側へ連絡することに同意します。
- ・状況調査票の返信を施設にしなかった場合、申込名簿から削除されることに同意します。
- ・入居制度の適正な運用の為、申込書及び作成した資料等を行政機関等の求めに応じて提供することに同意します。
- ・施設が居宅介護支援事業者、入院先または現入所施設へ入所希望者の状況について確認することに同意します。
- ・申込書を提出した時点で個人情報をサービス提供に繋がる必要最小限の範囲内(申し込み者リストへの記載、入所判定会議での使用等)で使用することに同意します。

20 年 月 日 氏名 印 (続柄)

<施設記入欄>

受付者		本人同行	無	有
-----	--	------	---	---