

慶 千 会 施 設 入 居 申 込 書

社会福祉法人 慶千会

申込施設

令和 年 月 日

地域密着型介護老人福祉施設 ぶどう畑【本体】

サテライトぶどう畑

※記入および当該箇所を○で囲んでください。

提出者氏名

フリガナ		性別	生年月日		
入居希望者名		男・女	明治・大正・昭和	年	月 日 (歳)
現住所	〒 -		電話番号	- -	
被保険者番号			保険者	甲 州 市	
要介護認定	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
認定期間	平成・令和 年 月 日		～	平成・令和 年 月 日	
担当居宅介護支援事業所	事業所名(介護保険被保険者証に記載)			担当ケアマネジャー	
介護保険負担限度額認定書	無 ・ 有 [食事 (認定書に記載しています。) 300円 390円 650円]				
負担割合証	1 割 ・ 2 割				
医療保険の種類	後期高齢者医療制度 割負担、 国民健康保険 社会保険 その他()				
身体障害者手帳	無 ・ 有 [種 級 障害名： 心身障害者医療受給資格証 無・有]				
その他手帳等	無 ・ 有 [精神障害者保健福祉手帳・療育手帳・原爆手帳・その他()]				
収入(年金)	国民年金	厚生年金	共済年金	約¥	/2ヶ月
※必ずご記入ください。	遺族()年金	その他()年金	約¥	/2ヶ月	
その他収入	(あり・なし 例：家賃収入) 約 ¥				
成年後見人制度	無・有 [後見・補佐・補助] ※氏名・関係 (/)				
申込日時のご本人様の居所	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らしをしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 特養・老健などの施設や病院に入所・入院している 施設又は病院名 () 施設等へ入所又は入院した時期 (年 月から)				
居宅サービスの利用状況	<input type="checkbox"/> 訪問介護(回/月) <input type="checkbox"/> 訪問看護(回/月) <input type="checkbox"/> 訪問入浴(回/月) <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ(回/月) <input type="checkbox"/> 通所リハビリ(回/月) <input type="checkbox"/> 通所介護(回/月) <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護(平均 日間/月) <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護(平均 日間/月) <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 () () () () () 前回の利用実績(単位/月) 直近3ヶ月の平均利用実績(単位/月) <input type="checkbox"/> 利用なし				

申請者名 (身元引受人1)	(歳)	利用希望者 との続柄	配偶者 子() 子の配偶者 兄弟姉妹() その子()		
現住所	〒 -	電話番号	- -		
		携帯電話	- -		
申請者名 (身元引受人2)	(歳)	利用希望者 との続柄	配偶者 子() 子の配偶者 兄弟姉妹() その子()		
現住所	〒 -	電話番号	- -		
		携帯電話	- -		
家族図	※ 男性…□ 女性…○ 同居している人達は囲む 本人…□もしくは○を二重に 死去…黒塗り		例：ご本人、配偶者、子供が2人 長男家族と同居		
家族等の状況	氏名	年齢	続柄	住所	備考(職業等)
生活歴	※入居に至る生活歴を差し支えの無い範囲でお書き下さい。				
入居中込理由 ※複数回答可	<input type="checkbox"/> 身寄りがない等、介護する者がいない。 <input type="checkbox"/> 介護者宅が地理的に離れている、もしくは長期入院中等により事実上介護が困難。 <input type="checkbox"/> 介護者が要介護状態、病気療養中、障害を有する等十分な介護が困難。 <input type="checkbox"/> 介護者が要介護状態、高齢等の状況により十分な介護が困難。 <input type="checkbox"/> 介護者が複数の介護や育児を行っている等十分な介護が困難。 <input type="checkbox"/> 介護者が就労しているため十分な介護が困難。 <input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所、退院を求められているが、自宅での介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 介護保険の居宅サービス給付の基準支給額を超えており、経済的負担が大きいため。 <input type="checkbox"/> いずれ施設の入所が必要となるため。 <input type="checkbox"/> その他 ()				
入居順位決定 にあたって、 特に配慮して ほしい事項	※ ご本人様やご家族様の状況で、特に困られている点等をご記入ください。				
他施設等 申込状況	<input type="checkbox"/> 当施設のための申し込みである。 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 他施設に申し込んでいる、もしくは申し込む予定である。 施設名 () () () ()				
入居希望時期	<input type="checkbox"/> なるべく早く入居を希望する <input type="checkbox"/> 将来、介護度が上がって入居が必要になったとき				

日常生活動作状況確認表

障害高齢者の日常生活自立度

認知症高齢者の生活自立度

※該当する箇所を○で囲み、また()内に詳細をご記入ください。

視力	1.よく見える 白内障 緑内障	2.見えにくい なし なし	3.全盲 あり() あり()	眼鏡： あり ・ なし 手術： 済 ・ 未済
聴力	1.よく聴こえる ※2.を選ばれた方 補聴器	2.聴こえにくい 聴こえにくいのは 持っている	3.聴こえない 右耳 左耳 両耳 持っていない	常時使用
発語	1.話せる	2.聞き取りにくいことがある	3.話せない(失語症がある)	
歯	1.すべて自分の歯	2.何本か歯が残っている	3.歯茎のみ	
麻痺	1.なし	2.あり ※2.を選ばれた方	右腕 右脚 左腕 左脚 その他()	
拘縮	1.なし	2.あり (部位： 《拘縮・・・筋が萎縮して、関節が固まって動かない常態》)		
褥瘡 (床ずれ)	1.なし	2.あり (部位：		
寝返り	1.自立	2.何かを持てば横を向ける	3.全介助	
移乗	1.自立	2.見守り・一部介助	3.全介助	
立位	1.自立	2.何かを持てば可・一部介助	3.全介助	
移動	1.独歩(何も持たずに歩ける) ※1～3を選んだ方 ※4.を選ばれた方	2.何かを持てば歩ける 見守りが 1.自分で車椅子を操作できる	一本杖 多点杖 固定式歩行器 4.車椅子(一般型・リクライニング型) 必要ない・遠くからでも十分・必要 2.介助を要する	
衣服着脱	1.自立	2.一部介助(声かけ・手伝い)	3.全介助	
整容	1.自立	2.一部介助(声かけ・手伝い)	3.全介助	
入浴	1.個浴・一般浴	2.シャワー浴	3.機械浴(車椅子タイプ・寝台タイプ)	
排泄	1.自立 1.トイレへ行く 1.布パンツ ※尿意・便意	2.一部介助(声かけ・手伝い) 2.ポータブルトイレ使用 2.リハビリパンツ(+パッド) 1.あり	3.全介助 3.尿器使用 3.オムツ 2.曖昧 3.なし	4.オムツ交換のみ 4.バルーン留置
食事	1.自立 ※食事形態 [主食：普通 軟飯 おじや お粥] [副食：普通 一口大 刻み ソフト ゼリー パースト] ※水分摂取時にトロミを	2.一部介助	3.全介助 箸・スプーン・フォーク・補助具	つけている ・ つけていない
認知症 (複数回答可)	<ul style="list-style-type: none"> ・忘れっぽくなった ・最近のことを憶えていない ・ついさっきのことを忘れる ・金銭管理、薬の管理、買い物、事務的な作業等1人でできない。 ・自分の居場所がわからない ・道に迷う ・人を認知できないことがある ・着替え、整容等が自発的に行えない、または時間がかかったり、上手く行えない ・排泄行為が1人で行えない、または時間がかかったり、上手く行えない 			

