



介護老人福祉施設 入所申込書

カントリービラ青梅

①入所をご希望の方について	
ふりがな	
入所をご希望の方のお名前	様 男 女 生年月日 明大昭 年 月 日 満 歳
入所をご希望の方のご住所	〒 - 自宅 自宅以外 () 電話 _____ 携帯 _____
介護・治療を行っている場所	現在いらっしゃる場所は 1. 自宅 2. 病院 3. 老人保健施設 4. 介護療養型医療施設 5. 養護老人ホーム 6. 経費老人ホーム 7. 有料老人ホーム 8. ケアハウス 9. グループホーム 10. その他 () ○施設の名称 担当氏名 _____ 電話番号 _____ FAX _____ ○入所・入院開始日 年 月 日～
介護保険被保険者証の内容	保険者(自治体) _____ 保険者番号 _____
	被保険者番号 _____
	要介護度 1 2 3 4 5 申請中 認定の有効期間 年 月 日～ 年 月 日
在宅サービスについて	在宅サービスは 1. 使っている 2. 使っていない 今後の利用は 1. いままでよい 2. もっと増やしたい ※ サービスの使い方を改善したい (具体的な内容 _____) 担当のケアマネージャーについて 事業者名 _____ 担当氏名 _____ 電話番号 _____ FAX _____
年金について	受給されている年金は 1. 国民年金 2. 厚生年金 3. その他の年金 () 4. 無年金 (生活保護を ア. 受けている イ. 受けていない)

②入所申込代理人の方について	
ふりがな	
代理人の方のお名前	入所をご希望の方との続柄 配偶者 子 (同居・別居) その他 ()
代理人の方のご住所	〒 - 自宅 自宅以外 () 電話 _____ 携帯 _____ E-mail _____

※ 2ページ目もございますので記入漏れの無いようにお願い致します。

③入所をご希望の方の身体状況等について	
同居の方について	1. ひとり暮らし 2. ご夫婦のみ (相手の方の年齢 歳) 3. 同居者がいる
主に介護される方について	介護される方は 1. いる 2. いない 主に介護される方は 1. 健康 2. 病弱 3. 病気で治療中 4. 障害がある 主に介護される方は 1. 働いている 2. 働いていない
介護を手伝う方について	介護を手伝う方は 1. いる 2. いない →手伝う方がいる場合その方は a. 親族 b. 近所の方 c. それ以外の方 ()
お住まいについて	今のお住まいは 1. 自宅 2. 自宅以外 (戻る自宅が ある ない) →自宅に問題がある a. 立ち退きを求められている b. 家屋の老朽化が著しい c. その他 ()
介護する上での住宅の問題について	1. エレベーターの無い集合住宅の2階以上に住んでいる 2. 自分の部屋が無い 3. 自分の部屋他は別の階にトイレや風呂がある 5. 立ち退きを求められている 6. 家屋の老朽化が著しい 7. その他 ()
その他あてはまるもの	1. 徘徊 2. 暴力行為 3. 不潔行為 4. 異食 5. 大声や奇声 6. その他の行為 () 7. 医療器具を使っている a. 膀胱カテーテル b. 鼻腔カテーテル c. 在宅酸素 d. 胃ろう e. 膀胱ろう f. インシュリン注射 g. 人工透析 h. その他 ()
今までにかかった主な病気	(例) 高血圧・糖尿病など。わかっている限りで結構です。 (感染症) 次の病気の既往はありますか? (ある ない 不明) a. B型肝炎 b. C型肝炎 c. 梅毒 d. MRSA e. 疥癬 f. その他 ()

入所希望理由について	
------------	--

私は、貴施設に入所を希望します。この申込書にある内容を保険者・在宅介護支援センター・指定するケアマネージャーへ提供することに同意します。

平成 年 月 日

氏名(ご本人様)

印

代筆(代理人様)

印

日常生活動作（ADL）

フリガナ		年齢	性別	男	女	要介護度
お名前		身長	cm	体重	kg	
身体 状態	視力障害	無 有 (左・右・両目) (視力低下 全盲 不明) (眼鏡 無 有)				
	聴力障害	無 有 (左・右・両耳) (遠い 聞こえない 不明) (補聴器使用 無 有)				
	麻痺	無 有 (部位:)				
	関節拘縮	無 有 (部位:)				
	褥瘡	無 有 (部位:)				
	感染症	無 有 (B型肝炎 C型肝炎 梅毒 結核 疥癬) その他				
食 事	食事内容	主食	常食 粥 ペースト			
		副食	常食 刻み ペースト 経管栄養 IVH 軟菜			
	食事	自立 見守りが必要 一部介助 全介助				
	嚥下障害	無 有 (見守りが必要 飲み込みが悪い)				
歩 行 及 び 離 床	歩行	できる 杖が必要 歩行器が必要 できない				
	立ち上がり	できる 介護が必要 できない				
	立位保持	できる 介護が必要 できない				
	寝返り	できる 介護が必要 全面介助 できない				
	起き上がり	できる 見守りが必要 一部介助 全面介助				
	車椅子移乗	できる 見守りが必要 一部介助 全面介助				
	座位保持	できる 見守りが必要 できない				
排 泄	尿意	あり ときどき ない				
	便意	あり ときどき ない				
	排泄方法	自立 一部介助 全面介助 トイレ・ポータブルトイレ・尿器・紙パンツ(日中 夜間)・オムツ(夜間 昼夜)				
清 潔	入浴	自立 一部介助 全面介助				
		清拭のみ 家庭浴 機械浴 訪問入浴 施設入浴				
	口腔清潔	自立 一部介助 全面介助				
	つめ切り	自立 一部介助 全面介助				
	更衣	自立 一部介助 全面介助				
意 思 疎 通	認知症	無 有 (軽度・中度・高度)				
	意思表示	できる 一部伝えられる 伝えられない				
	他者理解	できる 一部できる できない				
	金銭管理	できる できない				
問 題 行 動	有 ・ 無	物忘れ・ぼんやりしている・被害妄想・作話・妄想・独話・感情失禁 昼夜逆転・暴言・暴行・大声・徘徊・介護に抵抗する・物を壊す・不潔行為 異食・異常行動・放尿・放便				
その他特記事項：						
現在処方されている薬：						