

介護老人福祉施設 第二紫水園 入所申込書

令和 年 月 日

〈お申込み上のご留意点〉  
 \*入所対象者は原則要介護3以上です。要介護1, 2の方は「特例入所の要件」に該当する方に限り、入所対象となりますので、相談員へご連絡下さい。  
 \*こちらの申込書は、必ず控えをとって保管してください。本申込書記載内容の状態やご連絡先等変化があった場合や申込みを取り下げの場合は、必ずご連絡をお願いいたします。  
 \*本申込書は、施設が申込受付した日から2年間有効です。この期間を経過し、連絡がない場合は取り下げたものとみなしますのでご注意ください。

入所者の状況	フリガナ	性別	男	女	
	氏名	生年月日	明・大・昭 年 月 日 ( 歳)		
	住所	〒			
	年金等	種別	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 共済年金 <input type="checkbox"/> 生活保護受給	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	医療・保険	健康保険	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
		障害者証	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	特定医療費(指定難病)受給者証	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
		障害手帳等	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	手帳の種類 ( )	
	介護保険	被保険者番号	※介護保険被保険者証、負担割合証、負担限度額認定証の写しを添付してください。		
		介護保険証の区市町村名	区・市・町・村	負担割合証	利用者負担の割合 割
		要介護認定	要介護度 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	*申請中の場合(申請日:平成 年 月 日)	
		認定日	年 月 日	認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日
	現在の暮らし	負担限度額認定証	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	食費の負担限度額 円	
		<input type="checkbox"/> 在宅サービスを利用している <input type="checkbox"/> 在宅サービスを利用していない			
		<input type="checkbox"/> 施設・病院に入所・入院中	施設・病院名		
			電話番号		
	年 月 日 より入院・入所				
	「入院」の場合は、入院となった理由をご記入ください				
入所回数希望の理由	<input type="checkbox"/> 介護者がいない				
	<input type="checkbox"/> 介護者が「高齢」「障害」「疾病」等により十分な介護ができない				
	<input type="checkbox"/> 介護者の就労により十分な介護が出来ない				
	<input type="checkbox"/> 介護者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護が出来ない				
	<input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護ができない				
	<input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所、退院を迫られているが、自宅での介護ができない				
	<input type="checkbox"/> 介護者が2人以上の要介護者、障害者の介護又は未就学児の育児をしている為十分な介護が出来ない				
<input type="checkbox"/> 介護保険の利用限度額を超えて在宅サービスを利用しているため経済的負担が大きい					
<input type="checkbox"/> 老人保健施設や病院に入所・入院しているが、費用の負担が大きい					
<input type="checkbox"/> その他					
本人の入所意向	<input type="checkbox"/> 入所を希望 <input type="checkbox"/> 入所希望していない <input type="checkbox"/> 認知機能低下等により判断が困難				
入所希望の時期	<input type="checkbox"/> 至急 <input type="checkbox"/> 半年以内 <input type="checkbox"/> 一年以内 <input type="checkbox"/> 1年~2年以内(いずれ入所したい)				
申請状況	<input type="checkbox"/> 当施設のみ申請 <input type="checkbox"/> 他施設も申請中 施設名( )				

申込者	住所	〒		
	フリガナ	続柄	電話番号(自宅)	入所者と同居・別居
	氏名		(携帯)	

生活歴

本人氏名	様	生年月日	M・T・S 年 月 日
出生地		旧姓 (対象者のみ)	

学歴	年 月	卒業
	年 月	卒業

職歴	有・無	年 月～ 年 月	で	として働いていた
		年 月～ 年 月	で	として働いていた
		年 月～ 年 月	で	として働いていた

結婚歴	有・無	年 月	と結婚、	子供 人(男 人、女 人)	
		配偶者は現在、生存・【 年 月に 死別・離婚 】している			
		年 月	と結婚、	子供 人(男 人、女 人)	
		配偶者は現在、生存・【 年 月に 死別・離婚 】している			

病歴	病名	期間	医療機関	手術
		年 月～ 年 月	へ入院・通院	有・無
		年 月～ 年 月	へ入院・通院	有・無
		年 月～ 年 月	へ入院・通院	有・無
		年 月～ 年 月	へ入院・通院	有・無

趣味……	宗教……	性格……
------	------	------

生まれてから今までの生活(生い立ち)を文章にしてください

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



## 心身の状況 ②

本人氏名 \_\_\_\_\_ 様

該当する項目に○印を付けてください。

令和 年 月 日現在

認知症の有無	な い	時々ある	常にある	備 考
生年月日がわからない				
年齢がわからない				
日付・季節がわからない				
用事を忘れる				
故人の認識ができない				
直前にあったことがわからない				
居場所がわからない				
身近な家族の認識ができない				
物を盗まれるなどという妄想がある				
幻聴・幻覚がある				
作り話をする				
興奮しやすい				
睡眠障害がある				
昼と夜の区別がつかない				
徘徊をする				
帰宅欲求がある				
異食がある				
不潔行為がある				
大声や奇声をあげる				
不安が強く絶えず介護者を呼ぶ				
他人と自分の物の区別がつかない				
暴力を振るうことがある				
その他 ( )				
認知症はいつ頃から？				年 月頃より症状みられる