

利用申込書 兼調査票

希望施設		<input type="checkbox"/> 坂戸サークルホーム（多床室） <input type="checkbox"/> 小沼サークルホーム（ユニット型個室） <input type="checkbox"/> どちらでもよい		申込日 平成 年 月 日	
入所希望者	ふりがな氏名			性別	生年月日
				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	明治・大正・昭和 年 月 日（ 歳）
	住所連絡先	〒 ー 番			
	住いの場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> ケアハウス <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> その他			
	介護保険者	要介護認定有効期間		平成 年 月 日まで	
要介護度	1・2	3・4・5	年金等収入	月額約 万円	生活保護 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
在宅が困難な理由、特例入所要件 ※要介護1、2の方は必須	<input type="checkbox"/> 認知障がい等	認知症または知的障がい・精神障がい等を伴い、日常生活に支障を来すような症状等が頻繁に見られること。			
	<input type="checkbox"/> 独居等	独身世帯等家族等の支援が期待できず、地域での介護サービス等の供給が不十分であること。			
	<input type="checkbox"/> 虐待	虐待が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難な状態であること。			
申込者	ふりがな氏名			☎1	
		(歳)		☎2	
	住所	〒 ー 番			続柄
主な介護者	<input type="checkbox"/> 申込者と同じ（※申込者と異なる場合下記に記入）			<input type="checkbox"/> 介護者がいない（下記該当に○） ア・介護サービス事業者のみ イ・ご近所の方又は民生委員等 ウ・まったく介護されていない エ・その他（※裏面備考欄に記入）	
	住所氏名	続柄		歳	
介護者の状況	<input type="checkbox"/> 介護者は、別居で常時介護ができない <input type="checkbox"/> 介護者に、病気や障がい等があり、日常的な介護ができない。 <input type="checkbox"/> 介護者は、入所希望者以外にも障がい等がある方を介護している。 <input type="checkbox"/> 介護者は、75歳以上である。 <input type="checkbox"/> 介護者は、小学生以下の子どもを育児中である。 <input type="checkbox"/> 介護者は、仕事のために介護は不可能である。				
家族・親族について	氏名	続柄	年齢	住所（わかる範囲で）	介護の可否
					可・否
					可・否
	<input type="checkbox"/> いない				可・否

本人の状態

認知症の症状がある場合	<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 暴力行為（暴力・暴言） <input type="checkbox"/> 不潔行為（弄便） <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 大声や奇声 <input type="checkbox"/> 帰宅願望 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転（不眠・睡眠障害） <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 幻覚・幻聴 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> せん妄（錯乱・混乱状態） <input type="checkbox"/> うつ・抑うつ <input type="checkbox"/> 失禁 <input type="checkbox"/> 食べない		
介護保険の利用状況	<input type="checkbox"/> 通所介護（デイサービス） <input type="checkbox"/> 短期入所介護（ショートステイ） <input type="checkbox"/> 小規模多機能 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> その他（ ）		
担当のケアマネジャー	<input type="checkbox"/> いない 事業所（ ） 担当者（ ）	利用して いる介護 施設	
生活や身体の状況	①歩行→ <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 補助具があれば可 <input type="checkbox"/> 不可 ②食事→ <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 胃ろう等 ③排泄→ <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助（おむつ等使用）		
会話や意思決定の状態 ※わかる範囲で	①会話や話 → <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 話すが意味不明 <input type="checkbox"/> 話せない ②意思の決定→ <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> 不明 ③言葉の理解→ <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> 不明		
治療中の主な病気やケガ		過去の 病気や ケガ	
かかりつけの病院		入院歴	
医療行為がある場合	<input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経管鼻腔 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> インシュリン（注射・経口薬） <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> たんの吸引 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
同意書 ※申込者が記入	市町村から要請があった場合、この入所申込書の情報を提供することに同意します。 平成 年 月 日 氏名		
申請時にご用意いただくもの	①介護保険証の写し ②介護保険負担割合証の写し ③介護保険負担限度額認定書の写し		

<備考>