

見本

御中

被介護保険者
証の10桁の番号

【新規・更新】

フリガナ	ゆうあい はなこ	性別	被保険者番号																
氏名	友愛 花子	男・女	要介護度	3	4	5													
生年月日	明・大・昭 17年 2月 15日	○● 歳	要介護認定有効期間	平成	年	月	日	から	令和	年	月	日	まで						
現住所	〒 -	介護保険者証住所	被介護保険者証の有効期限	保険者番号															
現況	<input type="checkbox"/> 自宅で1人で暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input checked="" type="checkbox"/> 老健等施設 (施設名; ○○老健) <input type="checkbox"/> 病院に入院している (病院名;) <input checked="" type="checkbox"/> 入所又は入院期間 (平成30年 12月 3日から入所・入院している)																		
入所希望理由(該当項目を全て選択してください。)	<input type="checkbox"/> 身寄りや介護者が誰もいない為 <input type="checkbox"/> 介護する者が病気等で長期入院している為 <input checked="" type="checkbox"/> 介護する者が”高齢” ”障害” ”疾病”等により介護が困難な為 <input type="checkbox"/> 複数の要介護者により介護負担が大きい為 <input type="checkbox"/> 介護者が就労・育児等から介護が困難な為 <input checked="" type="checkbox"/> 施設や病院等から退所を求められているが、自宅での介護が困難な為 <input checked="" type="checkbox"/> 住居が介護に適さない (□狭所 □環境劣悪 <input checked="" type="checkbox"/> 構造上介護に支障 □立ち退き) 【上記を具体的に記載】 例) 老夫婦で生活をしてきた。子供は東京にいるが、年に1~2回のみ帰省で仕事もあり介護に携わる事ができない。3年前妻が認知症と診断され家で夫が看てきたが、持病の神経痛と高齢で介護がむづかしい。また、夜間も一人で外に出て行ってしまいうので、十分寝ることも出来ない。家に段差が多く、30年11月に家を出ていこうとして転倒。腕の骨を骨折。入院。病院でも徘徊を繰り返し自宅では見れない為、○○老健に入れて貰った。○○老健からは、次を見つけてくださいと言われている。																		

入所希望者状況

入所希望者状況	<input type="checkbox"/> 点滴の管理 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 疼痛看護 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 胃ろう				
	医療状況	【現在治療中の病気】 糖尿病 高血圧 認知症 現在行っている処置を全て <input checked="" type="checkbox"/> 。 現在服用中もしくは通院中・治療中の病気			
		【既往歴】 肝機能障害 子宮摘出 右上腕骨折 過去の病気・怪我・手術歴			
		【結核既往】 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 いずれかに <input checked="" type="checkbox"/>			
代理人	フリガナ		性別	本人との関係	
	氏名	代理人氏名		男・女	夫
	同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している（別居の場合は下記に住所ご記入ください）			
	住所 ※別居の場合のみ	〒 -	電話番号		
	意見	【介護していて困っている事】			
同意書	■入所待機中に貴施設以外の施設に入所が決定した場合、又は、要介護度や連絡先、介護状況等変更がありました場合は、速やかに貴施設に連絡いたします。 ■入所希望施設が担当ケアマネージャーへ入所申込み者の状況について確認することに同意します。				
	令和 年 月 日				
	入所希望者氏名 友愛 花子 印 代理人氏名 友愛 次郎 印				

担当ケアマネ氏名； ケアマネ・老健相談員・入院中の方は、病院の相談員 印		事業所名	連絡先電話番号
認知症高齢者 日常生活自立度	I ・ II ・ IIa ・ IIb ・ III ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M		
障害高齢者 日常生活自立度	J-1 ・ J-2 ・ A-1 ・ A-2 ・ B-1 ・ B-2 ・ C-1 ・ C-2		
居宅サービス 利用状況	最近3か 月の期間	年 月 ～ 年 月	
	区分支給基準内単位数 (A)	【	単位】
	区分支給限度基準を超 える単位数 (B)	【	単位】
	区分支給限度額 (C)	【	単位】
	居宅サービス利用限度 額の割合	【 (A) + (B) / (C) × 100 (%)	
(意見)			
居宅サービス内容	サービス内容		月利用頻度

担当ケアマネ記入欄

ケアマネ等記載欄(状態)	【食事】	状態	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経口摂取不可
		食事形態	主食 <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 粥食 <input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> その他 ()
			副食 <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> みじん <input type="checkbox"/> その他 ()
		嚥下	<input type="checkbox"/> むせない <input type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> 毎回むせる <input type="checkbox"/> トロミ剤使用 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)
	【排泄】	状態	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 誘導・一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
		尿意	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない
		便意	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない
		下着	<input type="checkbox"/> 綿パンツ <input type="checkbox"/> オムツ (<input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夜) <input type="checkbox"/> リハビリパンツ (<input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夜) <input type="checkbox"/> パット (<input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夜)
		場所	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> その他 ()
	【入浴】	状態	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
		方法	<input type="checkbox"/> 家庭浴槽 <input type="checkbox"/> 訪問入浴サービス <input type="checkbox"/> 施設一般浴 <input type="checkbox"/> 施設機械浴
		更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
		拒否	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> ある
	【動作等】	移動方法	<input type="checkbox"/> 自立歩行 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器 (<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定) <input type="checkbox"/> 車椅子 (自操 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可)
		立位	<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 支えがあれば可 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不可
		座位	<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 支えがあれば可 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不可
		寝返り	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> つかまれば可 <input type="checkbox"/> 不可
	【身体状況】	視力	<input type="checkbox"/> 見える <input type="checkbox"/> 見えにくい <input type="checkbox"/> 見えない
		聴力	<input type="checkbox"/> 聞こえる <input type="checkbox"/> 聞こえにくい (<input type="checkbox"/> 補聴器使用) <input type="checkbox"/> 聞こえない (<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右)
		言語	<input type="checkbox"/> 話せる <input type="checkbox"/> 聞き取りにくい <input type="checkbox"/> 話せない
		意思疎通	<input type="checkbox"/> 疎通できる <input type="checkbox"/> ある程度できる <input type="checkbox"/> 疎通できない
		麻痺の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> その他)
		睡眠	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 眠れない事が多い <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 睡眠薬の使用
		嗜好品等	飲酒 <input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む量
	タバコ <input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う (本/日)		
	ケアマネ等記載欄(認知症)	<p>※当てはまる箇所すべてにチェックを入れてください。</p> <p><input type="checkbox"/>幻視・幻聴 <input type="checkbox"/>妄想 <input type="checkbox"/>昼夜逆転 <input type="checkbox"/>暴行 <input type="checkbox"/>暴言 <input type="checkbox"/>介護への抵抗 <input type="checkbox"/>徘徊 <input type="checkbox"/>火の不始末</p> <p><input type="checkbox"/>不潔行為 <input type="checkbox"/>異食行為 <input type="checkbox"/>性的問題行動 <input type="checkbox"/>自傷 <input type="checkbox"/>他傷 <input type="checkbox"/>不眠 <input type="checkbox"/>その他</p> <p>上記を具体的に記載ください。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; text-align: center;"> <p>所持したことない方は、市区町村高齢福祉課で確認できます。</p> <p>介護負担限度額認定証の段階ごとに、利用料金が変わります。</p> </div>	

介護負担限度額認定証

有
無

必ず、どれかに☑を入れてください

希望居室

ユニット個室 従来型個室 従来型多床室 (4人部屋) どちらでもいい

※介護共通診断書・介護保険被保険者証の各コピーを添付して、郵送またはご持参願います。
 ※施設見学は、問い合わせいただきましたら、日程調整をさせていただきます。
 ※入居申込後、介護度状況等の変化がありましたら、申し出ください。順位に変動が生じる事があります。

受け渡し日	受け渡し者
年 月 日	