入所希望のご本人 の情報を記載します。

介護者自身も要介 護認定を受けている 場合は、要介護状 態区分を記載して下 さい。

例 記

	申 込 書								
	社会福祉法人 博悠会								
		申込日 20	19年 11月 11日	受付日	年 月 日				
入所希望の施設を	フリガナ	ハクユウ タロウ	- 9	•					
選択します。複数の	氏 名	博悠 太郎	女		年_12月 23日生(89歳)				
選択もOKです。	住 所)5号	TEL: 026					
		✓介護老人保健施設 (☑まめじま □さか ☑とぐら) □やなぎはら □よ	vえ ⊻ とみたけ ! こしだ)	口なかの 口こうしょく)				
選択肢の無い地域は、その他にチェッ	被保険者番号	0 0 0 1 2 3 4 5 6	7 国 籍	☑日本 □その					
は、その他にチェッ クして市町村名を記 入します。	保険者名	 ☑長野市 □須坂市 □千曲市 □坂城町 □中野市 □飯山市 □野沢温泉村 □栄村 □木島平町 □山ノ内町 □津南町 □その他() □申請中 □ 要支援1 □要支援2 □要介護1 □要介護2 ☑要介護3 □要介護4 □要介護5							
	要介護認定	認定期間 23 年	文族2 □安介護 □ 6月 1日 ~		5月 31日				
	担当の居宅介	事業序	所の名称		担当者				
担当のケアマネジャーの連絡先を記	護支援事業所		削アランセーズ悠 EL: 026 - 258 	3 - 7059	吉田 悠子				
載します。	介護保険負担限度額		〕第二段階	□ 第三段階	☑ 第四段階				
居宅サービスを利 用してない場合は空	健康保険 年金の種類等	種類 後期高齢者医療 種類 □国民年金 図厚生			恩給 □共済年金 □その				
欄のままで構いませ ん。 	年並の程規令 居宅サービス の利用状況	□訪問介護 ☑訪問看		□訪問リハ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	通所介護 □老健施記 □福祉用具貸与				
	現在・過去の 入所・入院状 況	現 □自宅 □入院 □ ル 在 名称	八所 □その他	年 月 日 [∙] 理由	~ 年 月 日				
現在の状況と過去		□入院 ☑入所 過 名称 介護老人保健施設フ		 123年 5月 25日 理由	<u>〜 H23年 8月 23日</u> リハビリの為				
の状況をそれぞれ記載します。		去 乙入院 口入所	ŀ	H23年 4月 11日	~ H23年 5月 25日				
現在、自宅にて生活 している場合は自宅		名称 ○○病院 □ 介護者がいないため	I	理由 右大服	退部頚部骨折のため				
にチェックします。		✓ 介護者が高齢・障害□ 介護者が就労・育児							
	入所を希望す	口 介護者が不在となる	時間があり、不安を						
	る理由(該当す る事項に全て	☑ 居宅サービスの限度☑ 介護者の身体的・精	額を超えており、経	済的負担が大きい <i>†</i>	こめ				
居室に応じて室料が	る事項に至(□ 現在入院(入所)して	いる病院、老健等か	この Nら退院(退所)を求	められているが、				
かかります。		在宅生活が困難であるため 〈 年 月 日頃 退院(退所)予定〉 ☑ いづれ施設への入所を必要とするため							
2人部屋(1日500円)		□ その他(で必安(9のに0))				
個室(1日1,000円)	居室の希望	□ 4人部屋 ☑ 個 室			が変わります。※特養・老健)				
特別室(1日2,000円)	他の施設への 申し込み状況			ょ値至のみとなり家員 養老人保健施設○○	(居住費)となります。 <mark>)</mark>				
詳しくは、担当窓口へ	中し込み仏が	フリガナ ハクユウ ヨシノ		生生	年月日				
お問い合わせください。	身元引受人の	氏名 博悠 善徳	女 別面	明· 大· 昭·平 25年					
	情報	〒 381-0022 住所	TEL: 026-251- 携帯: 090-0000-	-0000 Ø □	配偶者 口子の配偶者 兄弟姉妹 口その他 子				
		<u>長野市大字大</u> フリガナ ハクユウ カイ	2島360−3 性別 居住	· ·	<u>于</u>				
身元引受人と主介 護者の方が同じ場	}	氏名 博悠 かい	男 同居 月 別居	明·大···································	年 8 月 15日生 84 歳				
合は、住所など重複 する部分の記載が なくても構いません。	主たる介護者 の状況	〒 381— 0201 住所 上高井郡小布施町 大字小布施10-20	「 携帯: 山翠楼 1F 205	0	配偶者 口子の配偶者 兄弟姉妹 口その他 子				
介護者自身も要介		介護の 自分自身が要介護1	の状態で、夫の介護	には手が出なく	介護認定の有無(有)・無				

介護者自身の 介護認定状況 をお書き下さい。

要介護状態区分

要介護

居宅サービ スの利用状 況をチェック します。

居宅サービスを利用してない場合は空欄のままで構いません。

介護者の介護している状況を 簡単に記載して下さい。

なってきた。Pトイレの介助がやっとのこと。 食事は、配食サービスでなんとかやっている

介護の 状況

家族・親族の状況を記載します。

家系図や家族・親族に関する連絡先や 就業状況、緊急時にかかる連絡先など 記載します。

	-	7		(要	介	護1)
0 (O	回		0		
		Ц	_	┙		090-1234-5678
	仕事か	「有	Ь		0	嫁(実母の介護あり)
出てい	る事が多	٤L١	L	_		090-9876-5432
孫 (東京在住、システム系の仕事)						

	7	家	氏	名 年齢 続柄 同居の区分 備 考 (職業・勤務先・住所など)	
		族	博悠 喜恵 博悠 義ぬ	62 子の妻 □同居 □別居 例 実母の介護有 000-1234-5678 (東京) 34 孫 □同居 □別居 東京在住、システム関係の仕事 000-9876-5432	
医療情報を		広		・ (未示) 34 振 □同居 □ 別居 株	
記載します。 出来る限り、		状	大豆 寿子		
既往歴に漏	\	20			
れが無いよう	\	況			
にお願いしま す。 ▶		医	現在の病気	認知症	
	Ī	療	主な病歴		身体状況や日常生活動作
また、老健の 申し込みには、				□無 123、右大腿部頚部骨折 □無 12有:	の状況は、それぞれ該当
申し込みの		情	服 薬		すると思われる項目に
際に診断書		報	医療的状態	口鼻腔栄養 口胃ろう 口膀胱留置カテーテル ロストーマ 口酸素療法 ロインシュリン	チェックを入れてください。
が必要となり ます。	ŀ	ΙIΛ		□透析 □気管切開 □吸引 □その他:() 身長 168 cm 体重 56 kg 褥 そ う □有り	項目により複数にチェック
0.70		ے	身長•体重	対表 100 cm 体室 30 kg 特 で) (日有 1 に 1 に 1 に 1 に 1 に 1 に 1 に 1 に 1 に 1	がまたがる場合は該当す
		身	視力		る部分に複数チェックを入
		体	יולו אלו	□普通 図弱視 □全盲 □緑・白内障(右・左) 図銀鏡等使用	れてください。
			聴力	│ □聞こえる ☑聞こえにくい・補聴器(有・無)□聞こえない(両側・右・左	例 おむつの使用
		状	会 話	日間にたる 日間にたにくい 補物が、有 一点 / 日間にたない、同関・石・江	
		況	五 前	□話せる □言語障害あり □返事のみ □話せない □その他(┃ 1☑リハビリパンツ □2有(夜 ┃ のみ)
			おむつの使用	│ □無 ☑リハビリパンツ □有(夜のみ) □有(昼夜)	0707)
┃ 現在の食所の ┃ ┃ 状態・形状を ┃	ŀ			プロ自分で可(自力歩行) 口自分で可(杖歩行) 口自分で可(歩行器)	
仏感・ル仏を \ チェックします。			歩 行	□一部介助(シルバーカー) □自分で可(車椅子) □一部介助(歩行)	
		A	J 13	□一部介助(車椅子) □全介助(車椅子) □全介助(ストレッチャー) * 特記事項(,)	
この項目にな い状態や形状 「		吊井	'	□自分で可(トイレ) □自分で可(ポータブルトイレ) 図一部介助(トイレ)	
などありまし		生活	排 泄	ロー部介助(ポータブルトイレ) 口全介助(おむつ) 口全介助(バルーンカテーテル有)	入れ歯は、上下両方であ
たら、最後の特記欄に記載		動		* 特記事項() ☑自立 □見守り □一部介助 □全介助 □経管栄養 (胃ろう・鼻腔)	┃れば二つとも囲む。また、
をお願い致し		作	_ =		┃上の部分入れ歯出あれば ┃ 上と部分の両方に○をし
┃ ます。 ┃		の 状	食 事	主食 口ぎ通	て下さい。
		況		□ □ 自分で可(一般浴・個浴) □ □ 一部介助(一般浴・個浴) □ □ 全介助(一般浴・個浴)	/p/ / - +p./\
			入 浴	□日かて引く「「「「「「「」」」」 「「」」」 「「」」 「「」」 「「」 「」 「」 「」	
	ļ		着脱衣	□自分で可 ☑一部介助 □全介助	
	_		性 格	□朗らか <mark>ゼ</mark> 親しみやすい □几帳面 <mark>ゼ</mark> こり性 □自分のことを気にしやすい □人にとけ込めない □好き嫌いが多い □わがまま □頑固 □短気	
人てのほりにお		精	11 10	□大にとり込めない □対と嫌いが多い □わかまま □項回 □短気 □無口 □融通がきかない □その他(
全ての項目にお いて特記すべき		神	対人関係	□拒否的である □普通 ☑協調的である	
内容があれば記			認知状態	□正常 <mark>図</mark> 認知症 <u>記憶障害 重度 中度 </u>	認知症状に関する項目で
載ください。		の	(精神状態)	「口心を存せ」口不安」口作場「口切らつ」中能「口服」	該当すると思われる部分
また、お申し込		状		☑精神障害あり □ □ 対症状 □ □ 下安 □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	【 にチェックを入れてくださ 【 い。
みに際して考慮				1. 攻撃的行為	
┃ すべき必要事項 ┃ など御記載くだ		況	周辺症状	3. 夜間不眠 □ある □時々ある □ 7. 失禁 □ある □時々ある	★ 該当しない場合は、空欄 のままで構いません。
さい。				4. 徘徊 □ある □時々ある □時々ある	
				趣味 昔は釣りが好きった 酒 毎晩晩酌 タバコ 吸わない	
\ \		趣	!味•嗜好品	好きな食べ物 お刺身 焼き魚 嫌いな食べ物 ニンジン (絶対に食べない)	
\'	\			好では長い物 の利労 焼き魚 嫌いは長い物 ニンノン (配列に長いない)	
	11	特		さかいに、歩行が出来なくなりました。入院中、夜間に妄想が出始めています。	
	1	記		見が出て、起きてひとりごとを言う事があります。 一ズ悠こうしょくに入所の時は、たまに車イスで廊下を徘徊していたことがありました。	
				賃者の妻の状態も悪くなって来ており、デイサービスなど頑張ってきましたが限界を感じています。	
				私は、入所申込に際し、入所申込から入所契約までの入所決定方法について、 施設の担当者から説明を受けました。	
		個士	人情報に関	施設の担当者から説明を受けました。 又、必要関係機関に介護に関する個人情報を提供・共有することを同意します。	
			る同意及び 説明確認欄		
				H 2 3 年 1 1 月 1 1 日 利用者氏名 : 博悠 太郎 身元引受人氏名 : 博悠 善徳	
	L				i

入所のお申し込みにあたり、説明確認のご同意と、個人情報に関するご同意のご署名が必要となります。 尚、個人情報は、必要関係機関(入院先の医療機関・入所先の施設・居宅介護支援事業所など)との連携・共有を させていただきます。

させていただきます。 受け付けの際に、ご同意頂けないとお申し込みが出来ませんので必ずご同意のご署名をお願い致します。 ご不明な点は、受付窓口にご確認頂きますようお願い致します。