

申 込 書			
社会福祉法人 博悠会		施設長	相談員

申込日		年 月 日		受付日		年 月 日		
フリガナ		男 女	生年月日	明・大・昭 年 月 日生(歳)				
氏 名								
住 所	〒 -			同居の有無: ☐ 同居者有 ☐ 独居				
				TEL: - -				
入所希望施設	☐ 特別養護老人ホーム (☐ まめじま ☐ さかえ ☐ とみたけ ☐ なかの ☐ こうしょく) ☐ 介護老人保健施設 (☐ とぐら) ☐ グループホーム (☐ やなぎはら ☐ よしだ)							
被保険者番号	国 籍 ☐ 日 本 ☐ その他()							
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()							
要介護認定	☐ 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 認定期間 年 月 日 ~ 年 月 日							
担当の居宅介護支援事業所	事業所の名称			担 当 者				
	TEL: - -							
介護保険負担限度額	☐ 第一段階		☐ 第二段階		☐ 第三段階		☐ 第四段階	
健康保険	種類							
年金の種類等	種類 ☐ 国民年金 ☐ 厚生年金 ☐ 老齢福祉年金 ☐ 障害年金 ☐ 恩給 ☐ 共済年金 ☐ その他							
居宅サービスの利用状況	☐ 訪問介護 ☐ 訪問看護 ☐ 訪問入浴 ☐ 訪問リハ ☐ 通所介護 ☐ 老健施設 ☐ 通所リハ ☐ 短期入所生活介護 ☐ 短期入所療養介護 ☐ 福祉用具貸与 前月の介護保険利用実績 単位 (直近3ヶ月の平均 単位)							
現在・過去の入所・入院状況	現在	☐ 自宅 ☐ 入院 ☐ 入所 ☐ その他		年 月 日~ 年 月 日				
		名称		理由				
	過去	☐ 入院 ☐ 入所		年 月 日~ 年 月 日				
		名称		理由				
入所を希望する理由(該当する事項に全て記入すること)	☐ 介護者がいないため							
	☐ 介護者が高齢・障害・疾病等のため							
	☐ 介護者が就労・育児等のため							
	☐ 介護者が不在となる時間があり、不安を抱えているため							
	☐ 居宅サービスの限度額を超えており、経済的負担が大きい							
	☐ 介護者の身体的・精神的負担が大きい							
	☐ 現在入院(入所)している病院、老健等から退院(退所)を求められているが、在宅生活が困難であるため < 年 月 日頃退院(退所)予定 >							
	☐ いずれ施設への入所を必要とするため							
☐ その他 ()								
居室の希望	☐ 4人部屋 ☐ 個 室 居住費 + 室料(居室形態に応じて費用が変わります。※特養・老健) ☐ 2人部屋 ☐ 特別個室 *グループホームは個室のみとなり家賃(居住費)となります。							
他の施設への申し込み状況	☐ ある :							
身元引受人の情報	フリガナ			性別	居住	生 年 月 日		
	氏名			男 女	同居 別居	明・大・昭・平 年 月 日: 歳		
	住所	〒 -	TEL: - - 携帯: - -	申込者との関係		☐ 配偶者 ☐ 子の配偶者 ☐ 兄弟姉妹 ☐ その他 ☐ 子		
主たる介護者の状況	フリガナ			性別	居住	生 年 月 日		
	氏名			男 女	同居 別居	明・大・昭・平 年 月 日: 歳		
	住所	〒 -	TEL: - - 携帯: - -	申込者との関係		☐ 配偶者 ☐ 子の配偶者 ☐ 兄弟姉妹 ☐ その他 ☐ 子		
	介護の状況						要介護認定の有無	有・無
						要介護状態区分		

介護者自身の介護認定
状況をお書き下さい。

家族状況	氏 名	年齢	続柄	同居の区分	備考（家系図・職業・勤務先・住所など）																		
				☐ 同居 ☐ 別居																			
				☐ 同居 ☐ 別居																			
				☐ 同居 ☐ 別居																			
				☐ 同居 ☐ 別居																			
				☐ 同居 ☐ 別居																			
医療情報	現在の病気																						
	主な病歴																						
	服 薬	☐ 無 ☐ 有:																					
	医療的状态	☐ 鼻腔栄養 ☐ 胃ろう ☐ 膀胱留置カテーテル ☐ ストーマ ☐ 酸素療法 ☐ インシュリン ☐ 透析 ☐ 気管切開 ☐ 吸引 ☐ その他:()																					
身体状況	身長・体重	身長 cm 体重 kg (体格)				褥 そう (床ずれ)				☐ 有り (程度)													
	視 力	☐ 普通 ☐ 弱視 ☐ 全盲 ☐ 緑・白内障(右 ・ 左) ☐ 眼鏡等使用																					
	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)																					
	会 話	☐ 話せる ☐ 言語障害あり ☐ 返事のみ ☐ 話せない ☐ その他()																					
	おむつの使用	☐ 無 ☐ リハビリパンツ ☐ 有(夜のみ) ☐ 有(昼夜) * 特記事項()																					
日常生活動作の状況	歩 行	☐ 自分で可(自力歩行) ☐ 自分で可(杖歩行) ☐ 自分で可(歩行器) ☐ 一部介助(シルバーカー) ☐ 自分で可(車椅子) ☐ 一部介助(歩行) ☐ 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()																					
	排 泄	☐ 自分で可(トイレ) ☐ 自分で可(ポータブルトイレ) ☐ 一部介助(トイレ) ☐ 一部介助(ポータブルトイレ) ☐ 全介助(おむつ) ☐ 全介助(バルーンカテーテル有) * 特記事項()																					
	食 事	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ 経管栄養 (胃ろう・鼻腔)																					
		主食	☐ 普通 ☐ お粥 ☐ おにぎり ☐ ミキサー				副菜	☐ 普通 ☐ 刻み ☐ 一口大 ☐ ミキサー				歯の状態	☐ 入れ歯(上 ・ 下 ・ 部分) ☐ 無(あるも使用していない含む)										
	入 浴	☐ 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) ☐ 全介助(特浴) ☐ その他()																					
	着脱衣	☐ 自分で可 ☐ 一部介助 ☐ 全介助																					
精神状況	性 格	☐ 朗らか ☐ 親しみやすい ☐ 几帳面 ☐ 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 ☐ 無口 ☐ 融通がきかない ☐ その他()																					
	対人関係	☐ 拒否的である ☐ 普通 ☐ 協調的である																					
	認知状態 (精神状態)	☐ 正常 ☐ 認知症		記憶障害		重 度				中 度				軽 度									
				失 見 当		重 度				中 度				軽 度									
	周辺症状	☐ 精神障害あり		☐ 心気症状 ☐ 不安 ☐ 焦燥 ☐ 抑うつ状態 ☐ 興奮 ☐ 幻覚 ☐ 妄想 ☐ せん妄 ☐ 睡眠障害																			
		1. 攻撃的行為		☐ ある ☐ 時々ある				5. 異食行為				☐ ある ☐ 時々ある											
2. 自傷行為		☐ ある ☐ 時々ある				6. 不潔行為				☐ ある ☐ 時々ある													
3. 夜間不眠		☐ ある ☐ 時々ある				7. 失禁				☐ ある ☐ 時々ある													
趣味・嗜好品	趣味					酒					タバコ												
	好きな食べ物						嫌いな食べ物																
特記																							
個人情報に関する同意及び説明確認欄	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。 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。 年 月 日 利用者氏名 : 身元引受人氏名 :																						