

介護老人福祉施設 きもべつ喜らめきの郷・るすつ銀河の杜 入居申込書

申込者(連絡先) 今後、郵送物などはこの連絡先にお送りさせていただきます。

申込日	/	/
受付日	/	/

〒	—
住所	
氏名	続柄
電話	()

きもべつ喜らめきの郷・るすつ銀河の杜に
入居したいので次のとおり申し込みます。

申し込み先 (入居希望施設)		きもべつ喜らめきの郷・るすつ銀河の杜		保険者			
(フリガナ)				性別			
氏名				被保険者番号			
生年月日		年 月 日 () 歳		要介護 認定期間		平・令 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 申請中 区分変更中	
現住所		〒 —					
現況		<input type="checkbox"/> 自宅一人で暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 特養などの施設や病院に入っている 「施設や病院等に入っている方」は記入してください ◇施設名又は病院名: _____ ◇所在地(市町村名のみ) _____ ◇入所又は入院時期: 平成 年 月 から入所・入院している					
介護者等の 状況	家族構成	<input type="checkbox"/> ア. イ・ウ以外の世帯 <input type="checkbox"/> イ. 高齢者夫婦世帯 <input type="checkbox"/> ウ. 独居					
	介護者の有無	<input type="checkbox"/> ア. 主たる介護者以外に必要時に協力者有り <input type="checkbox"/> イ. 介護者は一人のみ <input type="checkbox"/> ウ. 介護者はいない					
	介護者の年齢	<input type="checkbox"/> ア. 60歳未満 <input type="checkbox"/> イ. 60~74歳 <input type="checkbox"/> ウ. 75歳以上(介護者はいない)					
	介護者の健康	<input type="checkbox"/> ア. 健康である <input type="checkbox"/> イ. 健康に不安を抱えている <input type="checkbox"/> ウ. 介護者自身が要介護者である(介護者はいない)					
	介護可能時間	<input type="checkbox"/> ア. 十分に介護に当たる時間有 <input type="checkbox"/> イ. 一部不在になる時間有 <input type="checkbox"/> ウ. ほとんど時間が取れない(介護者はいない)					
	要介護者との関係	<input type="checkbox"/> ア. 良好 <input type="checkbox"/> イ. 介護を行っているが疲労感が強い <input type="checkbox"/> ウ. 介護放棄等、最低限の関わりのみ(介護者はいない)					
入居希望者の 状況	待機状況	<input type="checkbox"/> ア. 施設・病院等に入所中で退所の働きかけがない <入所中で退所の働きかけがある=入所可能期間 <input type="checkbox"/> イ. 制限なし <input type="checkbox"/> ウ. 6~12ヵ月 <input type="checkbox"/> エ. 6ヶ月未満 <input type="checkbox"/> オ. 自宅等					
	在宅サービス 利用率	<input type="checkbox"/> ア. 施設・病院等に入所(院)中 <input type="checkbox"/> イ. 限度額の40%未満 <input type="checkbox"/> ウ. 限度額の40%~60%未満 <input type="checkbox"/> エ. 限度額の60%~80%未満 <input type="checkbox"/> オ. 限度額の80%以上					
	在宅サービス 利用状況	<input type="checkbox"/> ア. 施設・病院等に入所(院)中 <input type="checkbox"/> イ. 十分サービスを利用している <input type="checkbox"/> ウ. まままあサービスを利用している <input type="checkbox"/> エ. 一部サービスを抑制している <input type="checkbox"/> オ. ほとんどサービスを抑制している					
	保険料の段階	<input type="checkbox"/> ア. 第5段階以上 <input type="checkbox"/> イ. 第4段階 <input type="checkbox"/> ウ. 第3段階 <input type="checkbox"/> エ. 第2段階 <input type="checkbox"/> オ. 第1段階					
	住居	<input type="checkbox"/> ア. 施設・病院等に入所(院)中 <input type="checkbox"/> イ. 快適な生活のできる住宅 <input type="checkbox"/> ウ. 一部居住性に問題がある <input type="checkbox"/> エ. かなり居住性に問題がある <input type="checkbox"/> オ. 帰る住まいがない					
入居希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入居したい <input type="checkbox"/> / / 頃までに入居したい						
医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> その他 () 【現在治療中の病気・特記事項等】						
特例入所の要件に 該当するやむを得ない 事由	該当する特例の要件 (<input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④) ※該当すると思われる要件をチェックしてください。なお、各要件については申込書の下に記載しております。 備考(以下に具体的な理由等の記入をお願いします。) (記入者 続柄等)						
生活歴	・出生 ・学歴 ・職歴 ・結婚歴 ・子供 ・その他						
申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込み <input type="checkbox"/> 他の施設申し込んでいる、又は今後申し込む予定 ◇既に申し込んでいる他の施設名 () () ◇今後申し込む予定の他の施設名 () ()						
主たる 介護者	(フリガナ)			性別			
	氏名			本人との関係			
	同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している (住所:		生年月日		年 月 日	
意見	【介護をしている上で困っていること等】						
紹介居宅介護支援事業 所など	電話番号 担当						

※特例入所の要件
 ①認知症である者であって、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られること。
 ②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・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られること。
 ③家族等による深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全・安心確保が困難であること。
 ④単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である等により家族等による支援が期待できず、かつ、地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分であること。

1. 身体状況		
聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや難聴 <input type="checkbox"/> 難聴	特記事項
視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 全盲 <input type="checkbox"/> メガネ(有・無)	
言語	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少し不自由 <input type="checkbox"/> 不自由	
麻痺	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(右 左 上肢・ 右 左 下肢)	
認知 理解度 精神状況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> やや困難 <input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 睡眠障害 <input type="checkbox"/> 不安症状 <input type="checkbox"/> 幻聴 <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> その他()	その他の精神状況
2. 日常の生活動作(ADL)の状況		
移動	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	歩行の安定性(<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定) 転倒の既往(<input type="checkbox"/> 有()頃 <input type="checkbox"/> 無)
食事	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 粥食 <input type="checkbox"/> キザミ食 <input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	好き嫌いなど むせ込み、嚥下障害(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)
排泄	昼間 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> シビン 夜間 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> シビン <input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	留置カテーテル(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) 下剤(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)
入浴	<input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 機械入浴 <input type="checkbox"/> 一般入浴
着替え	<input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
口腔 洗浄	自歯(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> 総義歯 <input type="checkbox"/> 部分義歯 <input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
3. 生活状況		
性格	嗜好	酒・タバコ
趣味	信仰	アレルギー(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)
特技	職歴	食べ物 製品 その他
4. 健康状況		
既往歴	内服薬(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)	処置(内服以外に実施している)
現病名	薬の管理能力(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)	・湿布
身長 cm		・目薬
体重 kg		・その他
5. 紹介事業所(又は病院・施設など)		
電話番号()		担当