

(様式1)

申込日	令和 年 月 日
受付者	

せんだんの杜ものうなかつやま
認知症対応型共同生活介護事業所
管理者 様

住 所 _____

申込者

氏 名 _____ (印)

入 居 申 込 書

入居を希望しますので、下記のとおり申し込みします。

入居希望者	ふりがな		性別	男 ・ 女	生年月日
	氏名				大正・昭和 年 月 日 (歳)
	住所	〒 ー 石巻市			電話 ()
被保険者番号					
要介護度		要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5			
認定の有効期間		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			
連絡先	氏名		利用者との関係		
	住所	〒 ー		電話 ()	
申込状況		<input type="checkbox"/> 当施設のみ申込み <input type="checkbox"/> 他の施設も申込んでいる、又は申込み予定 *すでに申込んでいる施設名 () () *申込みを予定している施設名 () ()			

※ 入居希望者の介護保険被保険者証(写)を添付してください。

入居希望調書

入居希望者： _____

記入者氏名： _____

※ 該当するものにレ印のうえ、その状況をご記入ください。

申込み	1. 新規申込み <input type="checkbox"/> すぐに入居を希望する <input type="checkbox"/> 将来不安なため入居申込する 2. すでに申込みしている <input type="checkbox"/> 申込みを継続する <input type="checkbox"/> 申込みを取上げる	
現在の居所	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らしをしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 老健や病院など施設や病院に入院している 施設または病院名 (_____) 施設へ入居、又は入院期間 (平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 から)	
入居を希望する理由 (該当するものをいくつかも選んでください)	<input type="checkbox"/> 介護する者がいないため <input type="checkbox"/> 介護する者が遠く離れたところに住んでいるため <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」「障がい」「病気」等により介護することが困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者が就労していて介護することが困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者の身体的・精神的負担が大きいため <input type="checkbox"/> 住環境の事情により、十分な介護をすることが困難なため <input type="checkbox"/> 施設や病院から退所(退院)を求められているため <input type="checkbox"/> その他 (_____)	
認知症による行動等 (問題行動の起きる頻度にもレ印をつけてください)	<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 不穏な行動 <input type="checkbox"/> 自傷行為 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 異食行為 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> その他 (_____)	(頻度) <input type="checkbox"/> ほとんど毎日 <input type="checkbox"/> 週1~2回程度 <input type="checkbox"/> 週3~4回程度 <input type="checkbox"/> 月数回程度
在宅サービス利用状況	<input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> ホームヘルパー <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 福祉用具レンタル <input type="checkbox"/> その他 (_____)	
施設・居宅介護支援事業所名		
担当ケアマネジャー		
主治医・かかりつけ医		

(様式2-2)

介護に関する状況・身体状況	立ち上り	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	歩行	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	食事摂取	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	衣服着脱	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	排尿	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	排便	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	視力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やや見えにくい	<input type="checkbox"/> かなり見えにくい	<input type="checkbox"/> まったく見えない
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やや聞えにくい	<input type="checkbox"/> かなり聞えにくい	<input type="checkbox"/> 全く聞こえない
	睡眠	<input type="checkbox"/> 良眠	<input type="checkbox"/> 浅い	<input type="checkbox"/> 不眠症	<input type="checkbox"/> 睡眠薬服用 (有・無)
	アレルギー	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり ()		
	意思伝達	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> ときどき可	<input type="checkbox"/> 困難	
	理解力	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> ときどき可	<input type="checkbox"/> 困難	
認知症状	【認知症の診断】 <input type="checkbox"/> アルツハイマー型認知症 <input type="checkbox"/> その他 ()				
主たる介護者の状況	主介護者の有無	有・無	氏名		
	協力者の有無	<input type="checkbox"/> 協力者はいない <input type="checkbox"/> 親族以外の協力者(近隣者・友人など)がいる <input type="checkbox"/> 同居又は同居以外の親族に協力者がいる			
	居住関係	<input type="checkbox"/> 同居	<input type="checkbox"/> 別居		
	就労状況	<input type="checkbox"/> 終日就労	<input type="checkbox"/> 半日程度就労	<input type="checkbox"/> 無職	
	健康状態	<input type="checkbox"/> 健康	<input type="checkbox"/> 病弱	<input type="checkbox"/> 入院加療中である <input type="checkbox"/> 入院していないが継続的な治療を要する <input type="checkbox"/> 慢性疾患で定期的に通院中	
	他に対応を要する家族の有無	<input type="checkbox"/> 育児の必要な家族がいる(保育所・小学生など) <input type="checkbox"/> 3か月以上看病の必要な家族がいる <input type="checkbox"/> 入居希望者以外に介護が必要な家族がいる			
【介護していて困っていること・その他特記すべき事項をお書きください】					

【施設記入欄】

確認者 _____	⑧
-----------	---