

地域密着型施設利用申込書

平成 年 月 日

小規模特養 くつかけホーム

ふりがな		被保険者番号	
氏 名		性 別	男 ・ 女
		生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)
要介護度	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5		
認定有効期間	平成 年 月 日～平成 年 月 日		
現住所	〒 豊明市 電話番号 ()		

申込み代理人 (申込みが本人ではない場合は、下の欄にお書きください)

氏 名		続 柄	
住 所	〒 電話番号 ()		

※別紙「入所希望者等の状況」および「介護者の状況」のご記入にご協力ください。

＜入所希望者等の状況＞

※該当するものにレ印のうえ、その状況をご記入ください。

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"/> 特養・老健などの施設や病院に入っている 施設または病院名 () 施設等へ入所または入院した時期 (年 月 から)
在宅サービス (デイサービス・ ショートステイ等)	<input type="checkbox"/> 利用している (内容 : /週 回) <input type="checkbox"/> 利用していない
入所を希望する理由 (該当するものをいくつ でも選んでください)	<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」「障害」「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"/> 居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 ()
医療に関する状況	(特別な医療的対応) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> その他 ()
	(現在治療中の病気等)
	主治医 : TEL :
	(その他健康状態に関する特記事項)
認知症等による 問題行動 (該当するものをいくつ でも選んでください)	<input type="checkbox"/> 該当なし
	<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 不穏行動 <input type="checkbox"/> 自傷行為 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> その他 ()
	<input type="checkbox"/> ほとんど毎日 <input type="checkbox"/> 週3～4回程度 <input type="checkbox"/> 週1～2回程度 <input type="checkbox"/> 月数回程度

※裏面にもご記入ください。

介護に関する状況	食 事	主) <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> ミキサー	介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
		副) <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> 極きざみ		<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 泄	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> おむつ			
		介助	<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	介助			<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"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他 ()			
	移 動	介助			<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			介助 <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"/> 全く見えない				
聴 力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや聴こえにくい <input type="checkbox"/> かなり聴こえにくい <input type="checkbox"/> 全く聴こえない				
意思の伝達	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや伝えにくい <input type="checkbox"/> かなり伝えにくい <input type="checkbox"/> 全く伝えられない				

<介護者の状況> ※主に介護されている方(ご家族)の状況をご記入ください。

ふりがな	氏 名	性 別	男 女	生 年 月 日	明・大・昭	続 柄
					年 月 日 (歳)	
居住関係	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(住所:)					
就労状況	<input type="checkbox"/> 就労していない <input type="checkbox"/> 就労している(週 日、時間帯:)					
身体状況	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 障害有(級・障害の種類:)					
要介護度	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 有(要支援・要介護 1・2・3・4・5)					
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 <input type="checkbox"/> 看病(付添)の必要な家族がいる(自宅療養 ・ 入院中) <input type="checkbox"/> 入所希望者以外に介護の必要な家族がいる(要支援・要介護 1・2・3・4・5) <input type="checkbox"/> 介護の必要な障害を有する家族がいる(級・障害の種類:)					
介護協力者の有無	<input type="checkbox"/> 同居親族に協力者がいる <input type="checkbox"/> 同居以外の親族に協力者がいる 頻度: 常時 ・ 時々 ・ たまに <input type="checkbox"/> 親族以外の協力者(近隣者など)がいる <input type="checkbox"/> 協力してくれる人はいない					
【介護をされていて困っていること等、その他特記すべき事項があればご記入ください】						