

(フリガナ)		保険者											
氏 名		保険者番号											
生年月日	明・大・昭	年	月	日	(歳)	性 別	男 ・ 女						
現住所	〒 _____												
T E L _____													
本人の状況													
※当てはまるものに、レ印を付けて下さい。													
要介護度	介護度 1 ・ 介護度 2 ・ 介護度 3 ・ 介護度 4 ・ 介護度 5 (認定有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日)												
入所を希望する理由	<input type="checkbox"/> 独り暮らしで、日常生活に支障が生じている。 <input type="checkbox"/> 介護者(家族等)が、高齢・病弱・就労・育児等のため介護が難しい。 <input type="checkbox"/> 他にも介護をしなければならない家族がいる。 <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により、在宅での介護が困難である。 <input type="checkbox"/> 病院や他の施設から退所を求められている。 <input type="checkbox"/> 介護保険の在宅サービス利用限度を超えるなど、費用負担が困難である。 <input type="checkbox"/> その他(介護で困っていることがありましたら、お書き下さい) []												
認知症の症状	<input type="checkbox"/> 認知症(ぼけ症状) あり ⇒ 以下の当てはまる項目に、レ印を付けて下さい。 <input type="checkbox"/> 認知症(") なし <input type="checkbox"/> 自分で物をしまい無くしたり、誰かに物を盗られるような妄想がある。 <input type="checkbox"/> 金銭の勘定が出来なくなった <input type="checkbox"/> 自分の部屋や便所の場所が判らないなど、家のなかで迷う。 <input type="checkbox"/> 電話や留守番での受け答えが出来なくなった <input type="checkbox"/> 夜間眠らない <input type="checkbox"/> 鍋を焦がすなど、火の不始末がある。 <input type="checkbox"/> 家の外をさまよい歩く <input type="checkbox"/> 家族(介護者)への暴言や抵抗がある <input type="checkbox"/> 意味不明の言動がある <input type="checkbox"/> 奇声を上げる <input type="checkbox"/> 大便をいじる <input type="checkbox"/> 便所以外の場所で放尿する <input type="checkbox"/> ひんぱんに服を脱ぐ <input type="checkbox"/> 意思の疎通が困難 <input type="checkbox"/> 同じ事を何度も言う <input type="checkbox"/> 食べ物以外を食べる <input type="checkbox"/> その他の症状(以下にお書き下さい) []												
身体の状況	<日常生活> * 次のア～エのうち、ほぼ当てはまるものに、1つ ○印を付けて下さい。 ア 身の回りのことは大体自分で出来て、1人で隣近所へ外出できる イ 家の中では寝たり起きたり自力で過ごせるが、外出時には介助が必要。 ウ ベッド上で過ごすことが多いが、移動に車イスを使用できる。 (車イスで座る姿勢が保てる) エ 1日中ベッド上で過ごし、自分では身動き出来ず、全てに介助が必要。												

入所申込時 質問事項

氏名		面接日	年 月 日	受付	
----	--	-----	-------	----	--

在 宅 ・ 施設入所 (該当に○をつける)	
入所中の方は場所を記入	

1. 本人の状況 要介護度は

要支援・介護度	1	・	2	・	3	・	4	・	5
---------	---	---	---	---	---	---	---	---	---

・ 認知症の症状 入所申込書認知症の症状を参考にする。

非常に多い、 やや多い、 少しあり、 なし

2. 介護者・家族の状況

ア. 主たる介護者の歳はいくつですか

歳

イ. 介護者の身体面について (障害や病気を配慮する)

①介護困難	②多少は介護可能	③介護可能
-------	----------	-------

ウ. 介護者の就労や育児など介護に対応できる度合

① 8時間以上 (介護の時間をもてない。仕事を辞めざるを得ない。)
② 4～8時間従事 (多少介護に時間を持てる。)
③ 4時間未満従事 (介護のための時間がある。)

エ. 介護者の負担 (心的介護疲れ)

①非常に重い	②やや重い	③軽い
--------	-------	-----

オ. 住環境について

①介護困難	②やや困難	③介護可能
-------	-------	-------

3. 在宅介護の状況

ア. 在宅サービスの利用状況 (ヘルパー・デイサービス・ショートステイ・福祉用具貸与)

サービス内容:	週 回 又は、月 回
福祉用具貸与:	

イ. 在宅における介護期間

いつ頃から介護されているか

年 月 日から

ウ. 在宅介護の継続性 (病院・老健等入所中の場合は、当該施設を退所した場合の在宅介護の可能性・継続性)

①介護困難	②やや困難	③介護可能
-------	-------	-------

4. 施設(当施設)における特記事項

① 住所地:
② 待機期間:
③ 本人年齢: