

指定介護老人福祉施設入所申込書

平成 年 月 日

〒
住 所 _____
(フリガナ)
氏 名 _____
生年月日 明・大・昭
年 月 日 (歳)
電話番号 _____

指定介護老人福祉施設に入所したいので、関係書類を添えて申し込みます。

身元引受人① (連絡先・送付先)	フリガナ		続 柄	
	氏名			
	住所	〒		
	電話番号			
身元引受人②	フリガナ		続 柄	
	氏名			
	住所	〒		
	電話番号			

- 備 考
- ・ 今後、施設からの連絡は、上記の身元引受人の方になります。
 - ・ 申込書を提出する際には、『介護保険被保険者証』のコピーを、また在宅サービスを利用されている方は、直近3ヶ月分の『サービス利用票』及び『サービス提供別票』のコピー併せて添付して下さい。
 - ・ 身元引受人は、一名でも結構です。

氏名:

※ 空欄に記載、該当箇所には○印

身体及び日常生活動作の状況	視力	1. 正常 2. 大きい字なら見える 3. ほとんど見えない 4. 全く見えない		
	聴力	1. 正常 2. 大きい声なら聞こえる 3. ほとんど聞こえない 4. 全く聞こえない		
	会話	1. 正常 2. やや不自由 3. ほとんど話せない 4. 全く話せない		
	歩行	1. 可能 2. 杖を使用して可能 3. シルバーカーで可能 4. 半介助 5. 全介助		
		(車椅子の使用: 無 ・ 有 自走: 可 ・ 不可 移乗: 可 ・ 不可)		
	食事	1. 可能 2. 声掛け、見守りが必要 3. 半介助 4. 全介助		
		内容: 1. 普通食 2. 粥 3. 一口大 4. きざみ食 5. 流動食 6. ゼリー食 7. 糖尿病食 8. 鼻腔栄養 9. 胃ロウ 8. その他()		
	排泄	日中	□自立 □簡易式トイレ使用 □声掛け、見守りが必要(パンツ・オムツ) □全介助	
		夜間	□自立 □簡易式トイレ使用 □声掛け、見守りが必要(パンツ・オムツ) □全介助	
	更衣	1. 可能 2. 声掛け、見守りが必要 3. 半介助 4. 全介助		
入浴	1. 可能 2. 声掛け、見守りが必要 3. 半介助 4. 全介助			
身体障害等	無 ・ 有(障害名) 種 級			
床ずれ	無 ・ 有(部位:), 大きさ:(cm× cm)			
精神及び行動の状況	認知の状況	正常 ・ I ・ IIa ・ IIb ・ III ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M (担当ケアマネージャーに確認をして下さい。)		
	下記の行動障害について、項目ごとに該当する数字を記入してください。 ・ 行動障害がない場合は『1』を記入 ・ 1ヶ月に1回以上ある場合は『2』を記入 ・ 1週間に1回以上ある場合は『3』を記入			
	被害的		落ち着きなし	
	作話		外に出て戻れない	
	幻視・幻聴		収集癖	
	感情が不安定		一人で出たがる	
	昼夜逆転		火の不始末	
	常時の徘徊		物や衣服を壊す	
	暴言・暴力		不潔行為	
	同じ話をする		異食行動	
	大声を出す		性的迷惑行為	
介護に抵抗		ひどい物忘れ		
認知症状で困っている点を具体的に記入してください。				