

福井県介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム宝珠苑)(グループホーム宝珠の郷)入所申込書

申込日		年	月	日	受付者		受付No.	
入所希望者本人	フリガナ							
	氏名							
	生年月日	大・昭	年	月	日 ()歳	性別	男・女	
	住民票住所	〒						
介護保険 被保険者番号					要介護度	支1・支2 1・2・3・4・5		
認定有効期間		年	月	日	～	年	月	日
申込者	フリガナ					続柄		
	氏名							
	住所	〒						
	電話							
上記以外の 連絡先	氏名					続柄		
	電話							
	住所	〒						
本人の 居所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> ケアハウス <input type="checkbox"/> その他		【病院・施設名】 【入院・入所期間】 H・R 年 月から					
	<input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所を求められているが自宅での介護が困難 <input type="checkbox"/> 他の施設に入院、入所しているが経済的負担が大きい							
入院入所に至った経緯								

◆入所申込者状況表◆ 該当する項目すべてにレ点をしてください。

1. 本人に関すること

① 現在の 居場所	<input type="checkbox"/> ひとり暮らし（同居・隣接等に家族がいない）（隣接等に家族がいる） <input type="checkbox"/> 家族と同居 <input type="checkbox"/> 居宅サービスを利用している ・デイサービス 回/週（利用先 ） ・ショートステイ 回/月（利用先 ） ・訪問介護（ヘルパー） 回/週（利用先 ） ・訪問看護 回/週（利用先 ） ・福祉用具レンタルほか（ ）
-----------------	--

② 日常生活 動作等	移動： <input type="checkbox"/> 自分で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 歩行器使用 <input type="checkbox"/> 車いす 食事： <input type="checkbox"/> 自分で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 入浴： <input type="checkbox"/> 自分で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 排泄： <input type="checkbox"/> 自分で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 視力： <input type="checkbox"/> 見える <input type="checkbox"/> 見えにくい <input type="checkbox"/> 全く見えない 聴力： <input type="checkbox"/> 聞こえる <input type="checkbox"/> 聞こえにくい <input type="checkbox"/> 全く聞こえない 認知症状： <input type="checkbox"/> 症状なし <input type="checkbox"/> 症状があるが受診無し <input type="checkbox"/> 症状があり受診している
------------------	--

③ 3 か月 以内 の 本 人 の 行 動	ひとりで外出し家に戻れない(徘徊) <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない 大声、奇声、暴言、暴力的な行動 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない 排泄物をいじる等の不衛生な行動(異食含む) <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない 介護に抵抗する、拒否的 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない 昼夜の逆転や睡眠障害などがある <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない ひとりで無理に動こうとして目が離せない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない 物を盗られたなどの被害妄想がある <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない 火の不始末などの不安 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない いろいろなものを集めたり、無断で持ってくる <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない 時間や場所がわからない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない
--	--

*「ある」は少なくとも1週間に1回以上の頻度で現れる場合をいいます

*「時々ある」は少なくとも1か月間に1回以上、1週間に1回未満程度の頻度をいいます

④特別な医療の状況	<input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> 尿管カテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 痰の吸引 <input type="checkbox"/> 酸素吸入 <input type="checkbox"/> その他()
⑤治療中の疾病	有・無 主な疾病名()
⑥介護支援専門員(ケアマネ)はいますか	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない 介護支援専門員氏名() 事業所名 ()
⑦主治医はどなたですか	医療機関名 主治医名
◎介護上、特にお困りの状況をご記入ください。	

2. 家族・介護者に関すること

①家族について	主な介護者	氏名	続柄	年齢	同居別居	住所(本人と同じ場合は不要)
<input type="checkbox"/>					同・別	
<input type="checkbox"/>					同・別	
<input type="checkbox"/>					同・別	
<input type="checkbox"/>					同・別	
②家族・介護者の状況	《同居・隣接・同一敷地内・同一マンション内等のご家族について》独居の場合不問 <input type="checkbox"/> 70歳以上である <input type="checkbox"/> 週20時間以上働いている <input type="checkbox"/> 介護を理由に就労していない <input type="checkbox"/> 複数の方を介護している(具体的に) <input type="checkbox"/> 就学前の子供を育児している(歳) <input type="checkbox"/> 介護者の精神的負担が大きく本人に対して攻撃的な行動に出る、出そうになる <input type="checkbox"/> 介護者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護ができない <input type="checkbox"/> 病気で月1回以上通院している <input type="checkbox"/> 介護認定を受けている(要支援1・2 要介護1・2・3・4・5)←○をつける <input type="checkbox"/> 受診の協力ができる <input type="checkbox"/> 上記に該当があり、入所希望者本人と二人暮らしである					
同意書	福井県または市町村から求められた場合には、これを提出することに同意します。 また、ケアマネジャー・施設・病院等にご本人の状況について問い合わせる事に同意します。 令和 年 月 日 氏名					

