

入 所 申 込 書

申込年月日：平成 年 月 日

(フリガナ)		保険者				
利用者氏名		保険者番号	：	：	：	：
生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)	性別	男 ・ 女			
現住所						
本籍地						
ご本人の状況						
※当てはまるものにレ印または○印を付けて下さい。						
要介護度	自立・要支援・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額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、お書きください）					
認知症の症状	<input type="checkbox"/> 認知症なし <input type="checkbox"/> 認知症あり⇒以下の当てはまる項目に、レ印を付けてください <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、家の中で迷う <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"/> 奇声をあげる <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"/> 意志の疎通が困難 <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（以下にお書きください）					
認知症症状	妄想 幻覚 不眠 興奮 暴力 抑うつ状態 その他					
身体状況	<日常生活> ※次のア～エのうち、ほぼ当てはまるものに、1つ○印を付けてください。 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					

