

入居希望

|            |                |               |
|------------|----------------|---------------|
| 明生苑<br>やよい | 多床室<br>ユニット型個室 | 個室<br>(施設記入欄) |
|------------|----------------|---------------|

判定 (施設記入欄)

|   |   |   |
|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|

# 入居申込書

申込年月日：平成 年 月 日

|                          |   |       |    |           |      |       |     |
|--------------------------|---|-------|----|-----------|------|-------|-----|
| (フリガナ)                   |   | 保険者   |    | (市町村名を記載) |      |       |     |
| 利用者氏名                    |   | 保険者番号 |    | (市町村番号6桁) |      |       |     |
| 生年月日                     | 明・大・昭   | 年     | 月  | 日         | ( 歳) |       |     |
| 現住所                      |   |       |    |           |      |       |     |
| 本籍地                      |   |       |    |           |      |       |     |
| <b>ご本人の状況</b>            |   |       |    |           |      |       |     |
| ※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<br>(認定有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日)   |       |    |           |      |       |     |
| 入居を希望する理由                | <input type="checkbox"/> 独り暮らしで、日常生活に支障が生じている<br><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<br><input type="checkbox"/> 他にも介護しなければならない家族がいる<br><input type="checkbox"/> 居住環境の事情により、在宅の介護が困難である<br><input type="checkbox"/> 病院や他の施設から退所を求められている<br><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<br><input type="checkbox"/> その他(介護で困っていることがありましたら、以下にお書きください)   |       |    |           |      |       |     |
| 認知症の症状                   | <input type="checkbox"/> 認知症なし<br><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<br><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<br><input type="checkbox"/> 金銭の勘定が出来なくなった<br><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<br><input type="checkbox"/> 電話や留守番での受け答えが出来なくなった<br><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<br><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<br><input type="checkbox"/> 意味不明の言動がある <input type="checkbox"/> 奇声をあげる<br><input type="checkbox"/> 大便をいじる <input type="checkbox"/> 便所以外の場所で放尿する<br><input type="checkbox"/> ひんぱんに服を脱ぐ <input type="checkbox"/> 意志の疎通が困難<br><input type="checkbox"/> 同じ事を何度も言う <input type="checkbox"/> 食べ物以外を食べる<br><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 |
| 身体の状況                    | <日常生活><br>※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。<br>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<br>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<br>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<br>(車イスで座る姿勢が保てる)<br>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  |       |    |           |      |       |     |

