

「シルバーハウスゆめの郷」入居申込書

申請日		(再)受	
-----	--	------	--

○申込者（連絡者）

(フリガナ)		性別		年齢	歳
ご氏名		生年月日			
ご住所	〒 ※今後、郵便物等をこの連絡先にお送りさせていただきます。				
	お電話：		ファックス：		
続柄	入居を希望される方とのご関係：				

1 入居希望者の状況

介護保険者証番号	保険者番号		※「介護保険被保険者証をご持参の上ご提示ください。(コピー可)		
	被保険者番号				
(フリガナ)		性別		年齢	歳
ご氏名		生年月日			
現住所	〒				
要介護認定	要介護度	1・2・3・4・5	介護認定		
	申請中の方 申請日：		有効期限	～	
収入	<input type="checkbox"/> 年金(種類 1月/ 円) <input type="checkbox"/> その他 (内容)				
(口にレを付けてください)	選択してください	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> アパート <input type="checkbox"/> その他 その他内容()			
	選択してください	<input type="checkbox"/> 独居世帯である <input type="checkbox"/> 高齢者世帯である <input type="checkbox"/> 家族と暮している			
	<input type="checkbox"/> 老人保健施設等の施設や病院の短期利用をしている ・施設名又は病院名： (所在地) ・入居又は入院時期： から入居・入院している				
申込状況	<input type="checkbox"/> 他の施設も申し込んでいる <input type="checkbox"/> 今後申し込む予定 <input type="checkbox"/> 初めての施設入居申込日を教えてください。() ・既に申し込んでいる他の施設名 () ・今後申し込む予定の他の施設名 ()				

2 主たる介護者

(フリガナ)		性別		年齢	歳
ご氏名		生年月日			
同居の区分	選択	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している (住所:			
続柄	入居を希望される方とのご関係：				

「シルバーハウスゆめの郷」入居希望者[概況調査書]

3 身体状況

項目	現 状		下記にチェックを付けてください			
視力(右)	選択して下さい		<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 大体見える <input type="checkbox"/> よく見えない <input type="checkbox"/> 見えない			
(左)	選択して下さい		<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 大体見える <input type="checkbox"/> よく見えない <input type="checkbox"/> 見えない			
聴力(右)	選択して下さい		<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 大体聞こえる <input type="checkbox"/> よく聞こえない <input type="checkbox"/> 聞こえない			
(左)	選択して下さい		<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 大体聞こえる <input type="checkbox"/> よく聞こえない <input type="checkbox"/> 聞こえない			
言 語	選択して下さい		<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや不明瞭 <input type="checkbox"/> 不自由 <input type="checkbox"/> 話せない			
理 解	選択して下さい		<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 大体できる <input type="checkbox"/> 何とか了解 <input type="checkbox"/> 困難			
意思表示	選択して下さい		<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 大体できる <input type="checkbox"/> 基本的要求のみ <input type="checkbox"/> 困難			
補装具	現状	選択	選択	選択	選択	
		<input type="checkbox"/> 眼鏡	<input type="checkbox"/> コンタクトレンズ	<input type="checkbox"/> 義歯(上下)	<input type="checkbox"/> 補聴器(左右)	<input type="checkbox"/> その他
麻 痺	選択		<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	()	

4 日常生活の状況

食 事	食事の形態	選択して下さい	主食 <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> おかゆ <input type="checkbox"/> ミキサー
		選択して下さい	副食 <input type="checkbox"/> 常菜 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ミジン <input type="checkbox"/> ソフト
	食事の状況	選択して下さい	<input type="checkbox"/> 自分で可 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
		選択して下さい	<input type="checkbox"/> はし <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> その他 ()
	飲み込み	選択して下さい	<input type="checkbox"/> 経口摂取 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろうカテーテル <input type="checkbox"/> I V H
排 泄	排泄の状況	選択して下さい	昼 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> トイレ(介助) <input type="checkbox"/> ポータブル(自立) <input type="checkbox"/> (介助) <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ
		選択して下さい	夜 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> トイレ(介助) <input type="checkbox"/> ポータブル(自立) <input type="checkbox"/> (介助) <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ
	自助具	選択して下さい	<input type="checkbox"/> 綿パンツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> パット
	医療措置	選択して下さい	<input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> ストーマ
	尿 意	選択して下さい	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない
	便 意	選択して下さい	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない
入 浴	入 浴	選択して下さい	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	着脱衣	選択して下さい	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
歩 行	歩 行	選択して下さい	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 歩くが不安定 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 一部介助が必要 <input type="checkbox"/> 不可
	立 位	選択して下さい	<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不可
	器 具	選択して下さい	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 手すりや杖を使用 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 装具 <input type="checkbox"/> 車イス(操作可) <input type="checkbox"/> (操作不可)
そ の 他	ベット	選択して下さい	<input type="checkbox"/> 標準マットレス <input type="checkbox"/> エアーマット <input type="checkbox"/> 低反発マット <input type="checkbox"/> その他
	睡 眠	選択して下さい	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 眠れないことが多い <input type="checkbox"/> 一日中うとうとしている <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 眠れない
	飲 酒	選択して下さい	<input type="checkbox"/> 飲む <input type="checkbox"/> 飲まない
	喫 煙	選択して下さい	<input type="checkbox"/> 吸う <input type="checkbox"/> 吸わない
	投 薬	選択して下さい	<input type="checkbox"/> 飲んでいる () <input type="checkbox"/> 飲んでいない

5 認知症・精神の状況

記憶障害	<input type="checkbox"/> 自分の名前が分らない	<input type="checkbox"/> 最近のことが分らない	<input type="checkbox"/> 物忘れ・置忘れが目立
失見当	<input type="checkbox"/> 自分の部屋が分らない	<input type="checkbox"/> 時々自室が分らない	<input type="checkbox"/> 異なる状況に置かれる
火の取扱	<input type="checkbox"/> 火をもてあそぶ	<input type="checkbox"/> 火の不始末がある	<input type="checkbox"/> 火の不始末をすること
徘徊	<input type="checkbox"/> 屋外徘徊がある	<input type="checkbox"/> 屋内徘徊がある	<input type="checkbox"/> 室内徘徊がある
不穏行動	<input type="checkbox"/> いつも興奮している	<input type="checkbox"/> しばしば興奮し騒ぎ立	<input type="checkbox"/> 時々興奮する
失禁	<input type="checkbox"/> 常に失禁する	<input type="checkbox"/> 時々失禁	<input type="checkbox"/> 誘導すれば自分で行く
その他			

6 主な病歴経過

(該当する医療状況に○を付けて下さい)

期間等開始 / 終了	病名・治療区分 / 医療機関	経管 栄養	カテーテル	ストーマ	酸素 療法	インシュリン	透析	気管 切開	その他

7 入居を希望する理由

(該当する箇所に○を付けて下さい)

1	<input type="checkbox"/>	介護者がいない(独居)				
2	<input type="checkbox"/>	介護者が「長期入院」「施設利用」などで、実質的に介護者がいない				
3	<input type="checkbox"/>	居住環境の事情により十分な介護が困難				
4	<input type="checkbox"/>	介護する者が遠距離に在住しているため、介護が望めない				
5	<input type="checkbox"/>	居宅サービスの限度額を超えており、経済的負担が大きい				
6	<input type="checkbox"/>	現在施設や病院等から退所を求められているが、自宅での生活が困難				
7	選択	介護者の介護負担	重い	やや重い	軽い	なし
8	選択	介護者の障害や疾病	介護困難	多少困難	介護可能	なし
9	選択	介護者の就労	8時間以上 高齢で労働不能	4～8時間	4時間未満	なし
10	選択	介護者の育児、家族病気	常時の育児看病	半日育児看病	随時育児看病	なし
11	選択	介護者の介護状況	介護限界 (早期入所推奨)	多少困難 (入所推奨)	-----	在宅可能
12	選択	他者の介護協力	ほとんどなし	随時あり	常時あり	-----
13	<input type="checkbox"/>	その他 ()				

8 ご家族及び近親者の状況

氏名	続柄	年齢	現住所	連絡先

家族図

◎本人

「シルバーハウスゆめの郷」の概況、居住費等の負担等を了解し、「シルバーハウスゆめの郷」への入居を上記のとおり申込みます。

申込者 _____ 印

介護支援専門員意見書

(フリガナ)		年齢	性別
ご氏名		歳	

1 在宅サービスの利用状況

1	訪問介護(ホームヘルプサービス)	回/週	6	訪問リハビリ	回/週	
2	訪問入浴介護	回/週	7	通所リハビリ(デイケア)	回/週	
3	居宅療養医療管理指導	回/週	8	通所介護(デイサービス)	回/週	
4	ショートステイ	回/週	9	福祉用具 有 無	有・無	
5	訪問看護	回/週	10	住宅改修 有 無	有・無	
在宅サービス限度額割合		選択して下さい	75%以上	50%以上	30%以上	30%未満

老人保健福祉施設の状況

1	老人保健福祉施設	選択して下さい	75%以上	50%以上	30%以上	30%未満
---	----------	---------	-------	-------	-------	-------

2 介護の状況

1	介護者の介護への関わり方	選択して下さい	<input type="checkbox"/> 介護拒否 <input type="checkbox"/> 非常に消極的 <input type="checkbox"/> やや消極的 <input type="checkbox"/> 普通			
---	--------------	---------	--	--	--	--

3 介護支援専門員の意見

4 記載者

居宅介護支援事業所 事業者名 住所	介護支援専門員 氏名 電話
-------------------------	---------------------