

入所申込書

御本人氏名	ふりがな	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	明治・天正・昭和 年 月 日 (歳)											
御本人住所	〒														
申 込 者	氏名	本人との関係	TEL												
	住所 〒														
家 族 状 況	氏 名	住所・電話番号													
	続柄 年齢	自宅TEL	携帯												
	続柄 年齢	自宅TEL	携帯												
	続柄 年齢	自宅TEL	携帯												
家族図 主介護者に「主」、副介護者に「副」、同居者を楕円で囲む	身体障害者手帳	種 級													
	健康保険	種類	<input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 政官 <input type="checkbox"/> 組合 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> その他												
		被保険者(世帯主)名		被保険者(世帯主)との続柄											
	介護保険	被保険者番号	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td> </tr> </table>												
		保険者名	_____												
要介護状態区分	1. 2. 3. 4. 5														
認定の有効期間	H・R 年 月 日 ～H・R 年 月 日														
介護保険負担限度額認定証	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無														
介護保険負担割合証	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割														
年金等	<input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 国民 <input type="checkbox"/> 厚生 <input type="checkbox"/> 恩給 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 遺族年金 月額約 万円														
医療・介護サービスの現在の負担額		月額およそ 円													
現在の状況	1. 自宅で介護中 2. 病院または施設に入所中 (該当する場合は下の入院・入所歴記入して下さい) 3. その他														
入院 入所歴 (直近6ヶ月間 について)	入院・入所先	理 由	期 間												
			～												
			～												
現在までの 主治医	医 師 名	医 療 機 関 名	電 話 番 号												

コミュニケーション	視 力	聴 力	言 語	意 思 疎 通
	<input type="checkbox"/> 見える	<input type="checkbox"/> 聞こえる	<input type="checkbox"/> 話せる	<input type="checkbox"/> 通じる
	<input type="checkbox"/> 不自由	<input type="checkbox"/> 不自由	<input type="checkbox"/> 不自由	<input type="checkbox"/> 不自由
	<input type="checkbox"/> 見えない	<input type="checkbox"/> 聞こえない	<input type="checkbox"/> 話せない	<input type="checkbox"/> 通じない
日常生活動作	食事摂取動作	食事内容	口腔内状態	飲み込み
	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 普通食	<input type="checkbox"/> 自歯	<input type="checkbox"/> 良好
	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 刻み食	<input type="checkbox"/> 入歯	<input type="checkbox"/> 時々詰まる
	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 流動食	<input type="checkbox"/> 全歯脱落	<input type="checkbox"/> 頻繁に詰まる
	排泄状態	排 泄	尿 意	便 意
	<input type="checkbox"/> トイレ	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり
<input type="checkbox"/> 昼トイレ夜オムツ	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 時々あり	<input type="checkbox"/> 時々あり	
<input type="checkbox"/> 昼夜オムツ	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> なし	
移動状態	移 動	入 浴	更 衣	
<input type="checkbox"/> 歩行	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 自立	
<input type="checkbox"/> 杖、つかまり歩行	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 一部介助	
<input type="checkbox"/> 車椅子	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
性 格	対人関係	性格（記入して下さい）	趣味・嗜好（記入して下さい）	
	<input type="checkbox"/> 協調的			
	<input type="checkbox"/> 普通			
	<input type="checkbox"/> 拒否的			
問 題 行 動	物忘れ	暴力行為	昼夜逆転	不穏興奮
	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> なし
	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり
	徘徊	自傷行為	不潔行為	その他
<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> なし		
<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり		

教育歴(最終学歴)		職 歴	
身長・体重	身長 () cm		体重 () kg

入 所 に つ い て	<input type="checkbox"/> 承知している <input type="checkbox"/> 本人に確認していない <input type="checkbox"/> 理解していない
入所後の希望(どういう ケアが必要か等)	
意 思 決 定 権	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 成年後見人がいる
終末期に対する希望	<input type="checkbox"/> 終末期に対する希望がある (たとえば、病院に入院しない等)
入 所 理 由	
生 活 歴 (出生地、家族関係 学歴、職歴、病歴等)	

