

社会福祉法人 敬愛園
入居申込書別表

記入年月日 令和 年 月 日

入所希望者

記入者

(続柄)

介護必要度

該当するものにレ点をつけて下さい

移動	介護の必要なし <input type="checkbox"/>	杖や歩行器を 使えば歩ける <input type="checkbox"/>	車椅子を 自分で操作 <input type="checkbox"/>	転倒の危険性あり 目を離せない <input type="checkbox"/>	車椅子に乗っても 操作できない <input type="checkbox"/>	リクライニング車椅子 かベッド上 <input type="checkbox"/>
食事	介護の必要なし <input type="checkbox"/>	道具などを使えば 出来る <input type="checkbox"/>	少し介助が必要 <input type="checkbox"/>	大部分に介助が 必要 <input type="checkbox"/>	飲み込みの際 頻繁にむせる <input type="checkbox"/>	胃瘻・鼻腔などの 経管栄養 <input type="checkbox"/>
入浴	介護の必要なし <input type="checkbox"/>	そばで見守る 程度で可能 <input type="checkbox"/>	浴槽の出入りに 介助を要する <input type="checkbox"/>	洗身や洗髪に 介助を要する <input type="checkbox"/>	出入り、洗髪等 全て介助 <input type="checkbox"/>	特殊機械浴槽が 必要 <input type="checkbox"/>
排泄	介護の必要なし <input type="checkbox"/>	時間毎の声かけ 等を要する <input type="checkbox"/>	少し介助が必要 <input type="checkbox"/>	大部分に介助が 必要 <input type="checkbox"/>	オムツや尿とりパット を使用する <input type="checkbox"/>	カテーテルを要する <input type="checkbox"/>
コミュニケーション	日常生活において 問題ない <input type="checkbox"/>	気分により波がある <input type="checkbox"/>	特定の事柄なら 可能 <input type="checkbox"/>	出来ない時の方が 多い <input type="checkbox"/>	ほとんど出来ない <input type="checkbox"/>	意思疎通は 不可能 <input type="checkbox"/>
認知症 行動	同じ話の繰り返し <input type="checkbox"/>	必要以上の 排泄の訴え <input type="checkbox"/>	必要以上の 空腹の訴え <input type="checkbox"/>	昼夜逆転のため 夜間不眠 <input type="checkbox"/>	大声を出す 怒鳴る <input type="checkbox"/>	幻覚・妄想 <input type="checkbox"/>
	物を壊す・投げる 叩く <input type="checkbox"/>	人に対する 暴言・暴力 <input type="checkbox"/>	食べ物以外の ものを食べる <input type="checkbox"/>	徘徊のため 目が離せない <input type="checkbox"/>	該当なし <input type="checkbox"/>	
認知症 自立度	認知症高齢者の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> Ⅰ <input type="checkbox"/> Ⅱ <input type="checkbox"/> Ⅱa <input type="checkbox"/> Ⅱb <input type="checkbox"/> Ⅲa <input type="checkbox"/> Ⅲb <input type="checkbox"/> Ⅳ <input type="checkbox"/> Ⅴ 注) 担当のケアマネージャー又は主治医に確認して下さい。					
【特記事項】 ※上記以外で特に介護が必要な事情						
【経済状況】 年金受給 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 生活保護受給 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 介護保険負担割合 <input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割						

医療状況

医療機関			主治医			
	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院					
医療処置	<input type="checkbox"/> 鼻腔栄養 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 尿管カテーテル <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 該当なし					
【現在治療中の疾患・特記事項】						

介護者(家族等)の状況

介護者1 (主介護者)	フリガナ			年齢	歳	同居・別居
	氏名			続柄		
	住所	〒				
	育児・就労・複数介護 疾病や障害のため		<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 有り		
		<input type="checkbox"/> 介護困難	<input type="checkbox"/> 多少困難	<input type="checkbox"/> 介護可能		
介護者2 (介護協力者)	フリガナ			年齢	歳	同居・別居
	氏名			続柄		
	住所	〒				
その他の介護協力者 <input type="checkbox"/> ほとんどなし <input type="checkbox"/> 随時あり <input type="checkbox"/> 常時あり						

【入所を希望する理由を記入してください】

(例：病院や施設から退所を求められている／自宅の住環境が介護に適さない／遠距離介護／等)

※在宅介護を受けている方は、サービス利用票・別表の写しを一緒に提出して下さい。