

地域密着型介護老人福祉施設 カラー尼崎 利用申込書

申込受付日 年 月 日

ふりがな			性別	M T S	年 月 日 (歳)
利用者氏名			男・女		
利用者住所	〒 _____ 電話 ()				
ふりがな			申込者住所	〒 _____	
申込者氏名	続柄 ()			電話・携帯等 ()	
希望サービス	入所		利用希望	今すぐ利用希望	
	短期入所		時期	年 月 日から利用希望	
利用希望の理由及び目的					
	主な疾患名 及び病状				
介護保険負担限度額認定証	第1段階 ・ 第2段階 ・ 第3段階 ・ 第4段階				
要介護区分	申請中 ・ 要支援 () ・ 要介護 ()			認定の有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日
居宅介護支援事業所	事業所名			担当ケアマネジャー名	
	TEL	()			
主治医連絡先	医院名			担当医師名	
	TEL	()			
現在の状況	自宅(同居者 有・無) 入院中(入院先 _____) その他(_____) 施設入所中(施設名 _____)				
同居者の状況	氏名	続柄	年齢	連絡先(勤め先・携帯電話等)	
退所後の状況	(ア)在宅復帰 1. 自宅 2. その他(_____) (イ)施設 1. 特別養護老人ホーム 2. グループホーム 3. 有料老人ホーム (ウ)未定				
住宅情報	一戸建て・マンション・ハイツ 車いす(有り・無し) エレベーター(有り・無し) 歩行補助用具 玄関までに段差・階段(有り・無し) (杖・三点杖・四点杖・歩行器・シルバーカー) トイレ(和式・洋式・ポータブル) その他				

社会福祉法人 甲有会 地域密着型介護老人福祉施設 カラー尼崎
 〒661-0983 兵庫県尼崎市口田中1-16-2
 TEL 06-6499-1156 FAX 06-6499-1106

平成20年2月1日

診療情報提供書

医療機関名

平成 年 月 日 ()

所在地

電話番号

担当医師名

印

ふりがな			連絡先 〒
氏名	男・女		
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日生 (歳)	TEL. ()	
傷病名			
経過・現症状及び加療内容			
投薬内容			
血液検査実施日	年 月 日	身長	cm 体重 kg
白血球	総コレステロール	疥癬	+ -
赤血球	尿素窒素	HBs抗原	+ -
ヘモグロビン	クレアチニン	HCV抗体	+ -
ヘマトクリット	尿酸	Wa氏	+ -
血小板	K	血圧	/
血清蛋白	Na	検尿	・蛋白 ・糖 ・ウロビリノーゲン
アルブミン	空腹時血糖		
A S T	HbA1c		
A L T	C R P		
中性脂肪			
レントゲン結果 所見	異常なし 異常あり	ありの場合は写真を添付してください	
心電図結果 所見	異常なし 異常あり	ありの場合は心電図を添付してください	
行動障害	なし・徘徊・不穏・攻撃行動・不潔行為・その他()		
精神状態	正常・心気症状・不安・うつ・興奮・幻覚・妄想・睡眠障害・その他()		
日常生活自立度	J・A1・A2・B1・B2・C1・C2		
認知症老人自立度	正常・a・b・a・b・M		
要介護度	申請中・要支援1・2・要介護1・2・3・4・5		
長谷川式簡易知能評価スケール	実施日	平成 年 月 日	点
介護上の注意事項 :			

社会福祉法人 甲有会 地域密着型介護老人福祉施設 カラー尼崎

〒661-0983 兵庫県尼崎市口田中1-16-2

TEL 06-6499-1156 FAX 06-6499-1106

H20.2.1

入 所 申 込 書

特別養護老人ホーム
 施 設 長 様
 入所希望者(申込者)

フリガナ		保 険 者	
氏 名		被保険者番号	
生年月日	明・大・昭 年 月 日	要 介 護 度	1・2・3・4・5
性 別	男・女	認定有効期間	平成 年 月 日～ 年 月 日
現 住 所	〒 電話番号 ()		
給付制限			
認定審査会 意 見			

注:介護保険証を転記して下さい。なお、コピーを添付した場合は記載不要です。

申込代理者(申込者が本人でない場合は、下の欄にお書き下さい。)

氏 名		入所希望者との続柄	
住 所	〒 電話番号 ()		

上記入所希望者について、介護保険法令に基づき要介護の認定を受けましたので、この入所申込書により入所を希望いたします。

なお、入所のための待機中に、貴施設以外の施設に入所が決定した場合、また要介護度や連絡先、介護の状況等について変更がありました場合は、速やかに貴施設に連絡いたします。

	時 期	早急・平成 年 月以降 申込予定:貴施設のみ・他にも申込む ヶ所(予定)
希 望 事 項	申 込 理 由 ・ 入 所 を 急 ぐ 理 由	1 施設入所により安心した生活を送りたい 2 寝たきりなどにより、食事、排泄、入浴等日常生活全般に介助が必要 3 認知症などにより通常の見守り、介護が必要 4 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 5 介護者がいない、介護者が入院等で介護できない 6 介護者が、高齢、疾病、育児、就労、別居等のため、介護が困難 7 利用したい在宅サービスが十分でない(夜間訪問介護など) 8 介護保険の限度額を超える等、経済的負担が大きい 9 住宅が介護に適さない(狭い、改修不可など) 10 住宅環境が在宅サービス利用に適さない(立地・地形上など) 11 その他の理由(具体的にお書き下さい)
同 意 書	入所希望者、介護者を円滑に支援するために、市町等に、この申込内容を情報提供することに同意します。 平成 年 月 日 氏 名 印	

事務処理欄

初回申込:平成 年 月 日	今回受付日:平成 年 月 日	申込番号
受付者	受付方法:来所・郵送・	意思確認:平成 年 月 日

調 査 票

現 況		独居・高齢者所帯・家族同居 入院中(病院名)・入所中(施設名)					
生活状況	移 動	歩行・杖・歩行器・車椅子・ストレッチャー			介 助	自立・一部介助・全介助	
	食 事	主)普通・かゆ・ミキサー(箸・スプーン)			介 助	自立・一部介助・全介助	
		副)普通・一口大・きざみ・極きざみ・ミキサー					
	排 泄	トイレ・ポータブル・尿器・便器・おむつ			介 助	自立・一部介助・全介助	
	入 浴	介助浴・座浴・持浴			介 助	自立・一部介助・全介助	
送迎時の介助	車椅子・ストレッチャー			要・不要			
身体状況	視 力	普通・見えにくい・見えない		身 長	cm	体 重	kg
	聴 力	普通・聴こえにくい・聴こえない		精 神 状 態	安定・不安定 (幻覚・興奮・攻撃・他)		
	発 語	普通・やや不自由・不自由		認 知 症	無・有()		
	理 解 力	普通・分かりにくい・分からない		問 題 行 動	無・有(徘徊・不潔行為・他)		
健康状況	現 疾 患				病 歴		
	主 治 医				TEL		
	医療の状況	経管栄養・胃ろう・カテーテル・人工肛門・インシュリン・在宅酸素・その他()					
	感 染 症	無・有()		アレルギー	無・有()		
	皮 膚 刺 激	普通・弱い		麻 痺	無・有()		
	便 秘	無・有(服薬:無・有)		こう 拘 <small>しゅく</small> 縮	無・有()		
	睡 眠	良・不良(服薬:無・有)		じょく 褥 <small>そう</small> 瘡	無・有()		
	えん げ 下 嚥	異常なし・むせる・つめる		湿 疹	無・有()		
	入 れ 歯	無・有(上・下)		口 腔 保 清	要・不要()		
介護の状況	主たる介護者氏名		年 令 才	性 別 男・女	続柄		
	就労状況等	就業中・共働き・育児・その他()					
	介 護 期 間	年 月頃から		その他の介護者	無・有 名		
	窓 口 相 談	無・有(介護事業所・役所・在宅介護支援センター・その他:)					
居宅介護支援事業所名			ケアマネージャー名				
住環境	区 分	持ち家・借家/高層住宅 階(エレベーター 有・無)					
	住 宅 改 修	可・不可・改修済()					
	立 地 等	在宅サービス利用に問題点 無・有(送迎・訪問・その他)					
【介護上の悩み・困っていること】 別の用紙にお書き頂いても結構です。							