

申込日 年 月 日  
受付担当者

社会福祉法人 敬仁会 入居申込書

申込施設 【 溪山荘 ・ 第2溪山荘ぼっぼ ・ 第3溪山荘あおぞら ・ あかり苑 ・ ひなた 】

申込者 (身元引受人)	ふりがな 氏名	続柄:	年齢:	家族状況(系図)
	住所			
	電話(市外)			
	携帯			
	勤務先	(電話)		

【入居を希望される人の状況について】 ※該当するところは記入か○印、□にはレ印を付ける

ふりがな 氏名	男	介護保険 保険者 ( )	補足給付	あり ・ なし
		女	介護保険番号	

要介護度 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 未認定 □ 変更申請中 ( ) □ 介護被保険者証持参依頼する

住所 生年月日 明治・大正・昭和 年 月 日 歳

生活

自宅で1人暮らし  自宅で家族と暮らす

他の施設(老健・療養型・福祉施設・グループホーム)に入所中  
(施設名 ) ( 年 月から入居)

現在入院中(病院名 )( 年 月から入院)

\*入院の原因 ( )

\*入院までの生活状況 ( )

介護

介護する人がいない

介護する人が(身体的負担・精神的負担・高齢・虚弱・就労中・育児中・複数介護)により自宅では困難

自宅で介護を始めた時期( 年 月頃から)

介護を手伝う方は( いる ・ いない ) \*いる場合  親族  近所の方  その他( )

現在、居宅サービスを利用して( いる ・ いない ) \*いる場合(デイ 日/週、SS 日/週、訪問 日/週)

(事業所名: ) 担当CM: ( )

申込予定  この施設のみに申込み  他の施設にも申し込む  
(申込済: ) (これから申込み: )

社会保障関係

健康保険	有 ・ 無	(後期高齢 ・ 国保 ・ 社保 ・ 老人医療証 ・ 障害者医療証 ・ その他 )
年金	有 ・ 無	(国民年金 ・ 厚生年金 ・ 共済年金 ・ 老齢福祉年金 ・ 恩給 ・ その他 )
障害手帳	有 ・ 無	(等級 級、第 種 : 障害名 )
生活保護	有 ・ 無	年 月 日より

入所の緊急性

<input type="checkbox"/> 退所・退院勧告がでている	<input type="checkbox"/> 介護保険の利用限度額を超えるなど、経済的負担が大きい
<input type="checkbox"/> 住宅・在宅環境が介護・サービス利用に適さない	<input type="checkbox"/> 介護者がいない、介護者が入院などで介護できない
<input type="checkbox"/> 認知症のBPSDがひどい (特記事項)	<input type="checkbox"/> 介護放棄・虐待がある、または考えられる

【今後のご希望】

できる限り早期の施設入所 (  溪山荘  第2溪山荘ぼっぼ  第3溪山荘あおぞら  あかり苑  ひなた )

状況変化時に施設入所  在宅サービスを継続したい  在宅復帰を目指したい

医療の希望が強い  その他

【主に介護している人について】 ※ 介護している人と申込者が同じでもこの欄に再記入してください

ふりがな 氏名	続柄	年齢	職業
同居別	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 同じ敷地にいる <input type="checkbox"/> 近くで別居( ) <input type="checkbox"/> 遠くで別居( )		
入所希望理由	・理由(介護で困っていることなど)		

【変更記録】

--

## 調査事項

### ◇ADL状況

	項目	特記事項
肢体	正常 ・ 右片マヒ ・ 左片マヒ ・ 拘縮 ・ その他	
移動	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助	
移乗	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助	
立位	自立 ・ 手すり等につかまれば自力で立てる ・ 一部介助 ・ 全介助	
歩行	自歩 ・ 歩行器 ・ 車椅子 ・ 離床不可	
寝返り	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	
衣服着脱	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	
食事	自立 ・ 半介助 ・ 全介助 ・ 経管栄養 主食： ご飯 ・ 軟飯 ・ 全粥 ・ ペースト 副食： 常食 ・ 刻み（ ） ・ ペースト	
入浴	自立 ・ 介助浴 ・ リフト浴 ・ 特浴 ・ 清拭	
排泄	尿意（無 ・ 有） 便意（無 ・ 有） トイレ誘導（要 ・ 不） ポータブル誘導（要 ・ 不） オムツ ・ 紙パンツ ・ パット ・ カテーテル ・ 普通	
意思表示	1 普通 2 大体できる 3 かなりじてできる 4 基本的な要求のみ可能 5 不能	
話の理解	1 普通 2 大体できるが不完全 3 かなりじて理解 4 稀に理解 5 不能	

### ◇精神状況

認知症	無 ・ 有	時期	年前頃～			
(診断名)		かかりつけ医	診断書	有・無	認知症自立度	
症状	1. 幻覚 2. 妄想 3. 失見当識（時間・場所・人物） 4. 失認 5. 意識障害 6. 自殺企図 7. 攻撃・暴力 8. 性的異常行動 9. 不潔行為（弄便） 10. 奇声をあげる 11. 過食 12. 蒐集癖 13. 弄火 14. 虚言 15. 外出・迷子 16. 徘徊 17. 感情障害（うつ状態・感情失禁） 18. 夜間の行動異常（ ） 19. その他（ ）					
備考						

### ◇医療状況

医療	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 感染症（ ） <input type="checkbox"/> 褥瘡（ステージ1・2・3・4） <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> その他（ ）					
主治医	医療機関：	医師名：	歯科：			
病歴						

### ◇要介護1又は2の場合の特例入所の要件に該当する事由の有無について

要件に該当する事由の有無	<input type="checkbox"/> 認知症であって、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁 <input type="checkbox"/> 知的、精神障害等を伴い、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁 <input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待があり、心身の安全・安心確保が困難 <input type="checkbox"/> 単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である等により家族等による支援が期待できず、且つ、地域での介護サービスや生活支援が十分に受けられない					
該当事由の具体的な内容						

同意書	福井県又は市町村から求められた場合には、これを提出することに同意します。 年 月 日 氏 名 <span style="float: right;">㊟</span>					
-----	--	--	--	--	--	--

- ※1. 申込の際には、被保険者証の（写し）、直近3ヶ月分のサービス利用票及び別表の（写し）を添付してください。  
 ※2. この申込書の記入内容は、入居判定会議及び入居後のケアプラン作成の基礎資料として利用させていただきます。それ以外の目的で使用することはありません。

入居取扱担当者 生活相談員