

(様式2)

入所希望者調査票

申込日	令和 年 月 日	受付日	令和 年 月 日
		受付時刻	午前・午後 時 分

申込者(連絡先)

住所	〒 _____		
(フリガナ)		電話番号	
氏名			

入所希望者の状況	(フリガナ)		性別	男・女
	氏名		住民登録	市・町・村
	現住所	〒 _____ _____		
		電話 _____		
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)		
	健康保険	種別	後期高齢・国保	記号・番号
	年金等	種別	国民・厚生・共済・遺族・障害・恩給 円/年間	
	障がい者手帳等	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (障がい名) 手帳の種類 _____ (判定 種 級 (度) 年 月 日)		
	介護保険	被保険者番号		
	要介護認定	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 (認定期間) 年 月 日 ~ 年 月 日		
現在利用している施設サービス等	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設、介護療養型医療施設、病院等に入所(入院)している <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等に入所(入居)している <input type="checkbox"/> 自宅で暮らしている (施設に入所(入居・入院している場合))			
	施設名又は病院名 (所在地)	_____ 市・区・町・村		
	入所又は入院期間	年 月 日 ~		

入所希望者の状況	居宅介護サービス利用状況	<input type="checkbox"/> 訪問介護 (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 訪問看護 (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 通所介護 (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与・購入費支給 <input type="checkbox"/> 住宅改修費の支給 <input type="checkbox"/> その他 ()																
	身体状況	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">食事取</td> <td> <input type="checkbox"/> 自立 (食事の種類) (主食) <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助 <input type="checkbox"/> 常食 (副食) <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> 半粥 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー </td> </tr> <tr> <td>排泄</td> <td> <input type="checkbox"/> 自立 (おむつの使用) <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 昼夜 <input type="checkbox"/> 夜のみ </td> </tr> <tr> <td>入浴</td> <td> <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助 </td> </tr> <tr> <td>更衣</td> <td> <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助 </td> </tr> <tr> <td>移動</td> <td> <input type="checkbox"/> 自立 (歩行) <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助 <input type="checkbox"/> つかまり歩き <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 寝たきり </td> </tr> <tr> <td>視力</td> <td> <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 人の動きがわかる程度 </td> </tr> <tr> <td>聴力</td> <td> <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 大声が聞き取れる </td> </tr> <tr> <td>言語</td> <td> <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聞き取りにくい <input type="checkbox"/> 聞き取れない </td> </tr> </table>	食事取	<input type="checkbox"/> 自立 (食事の種類) (主食) <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助 <input type="checkbox"/> 常食 (副食) <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> 半粥 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 (おむつの使用) <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 昼夜 <input type="checkbox"/> 夜のみ	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助	更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助	移動	<input type="checkbox"/> 自立 (歩行) <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助 <input type="checkbox"/> つかまり歩き <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 寝たきり	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 人の動きがわかる程度	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 大声が聞き取れる	言語	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聞き取りにくい <input type="checkbox"/> 聞き取れない
	食事取	<input type="checkbox"/> 自立 (食事の種類) (主食) <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助 <input type="checkbox"/> 常食 (副食) <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> 半粥 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー																
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 (おむつの使用) <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 昼夜 <input type="checkbox"/> 夜のみ																	
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助																	
更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助																	
移動	<input type="checkbox"/> 自立 (歩行) <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助 <input type="checkbox"/> つかまり歩き <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 寝たきり																	
視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 人の動きがわかる程度																	
聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 大声が聞き取れる																	
言語	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聞き取りにくい <input type="checkbox"/> 聞き取れない																	
認知症精神の症状	<input type="checkbox"/> 何らかの認知症を有するが、日常生活はほぼ自立している <input type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状が見られるが、誰かが注意していれば自立できる <input type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状が見られ、介護を必要とする。 <input type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状が頻繁にみられ、常に介護を要する <input type="checkbox"/> 著しい精神症状や問題行動が見られ、専門医療を必要とする 自傷行為、せん妄、徘徊、奇声、摂食異常、不潔行為、攻撃的行為等の行動、あるいは精神障害がある場合は、その状況や頻度等を具体的に記載。 <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; margin-top: 10px;"> <hr/><hr/><hr/><hr/><hr/> </div>																	

入所を希望する時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 令和 年 月頃までには入所したい		
他施設の申込み状況	<input type="checkbox"/> 当施設にのみ申し込んでいる <input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込んでいる (他の施設名) <hr/> <hr/>		
担当 ケアマネジャー	氏名		連絡先 電話 ()
	事業所名		
備考 利用料の支払 家族の状況 独居・遠方 協力度 トラブル 介護への理解	本入所申込書に記載した事項あるいは記載項目にない事項等で、特に優先的な入所を考慮する必要がある場合は、その状況について記入。その他		