

新生ホーム優先入所申込書

整理番号	
------	--

(ふりがな)		続柄
申込者氏名		
電話	()	

申込日	平成	年	月	日
受付日	平成	年	月	日

利用希望者の状況	(ふりがな)		性別	保険者	市町村区	
	氏名		男	被保険者番号	
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)	女	要介護度	1・2・3・4・5	
	住所	〒	介護認定 期	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで		
	受給年金	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 恩給 <input type="checkbox"/> 無年金(生保：有・無) <input type="checkbox"/> その他〔 〕・月額約 円				
	居宅支援事業所名					
	現在利用の在宅サービス状況	<input type="checkbox"/> 訪問入浴 (事業所名 週・月/ 回)		<input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション (事業所名 週・月/ 回)		
		<input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 (事業所名 週・月/ 回)		<input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 (事業所名 週・月/ 回)		
		<input type="checkbox"/> 訪問介護 (事業所名 週・月/ 回)		<input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 (事業所名 週・月/ 回)		
		<input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション (事業所名 週・月/ 回)		<input type="checkbox"/> 福祉用具の貸与 (事業所名 物品)		
<input type="checkbox"/> 通所介護 (事業所名 週・月/ 回)		<input type="checkbox"/> その他 (事業所名 週・月/ 回)				
現存場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 介護老人《福祉・保健》施設〔名称： 年 月 日入院・所〕					
認知症による行動障害	<input type="checkbox"/> 非常に多い (重度) <input type="checkbox"/> やや多い (中度) <input type="checkbox"/> 少しあり (軽度) <input type="checkbox"/> なし					
医療的処置の状況	【現在治療中の病気等】		【既往歴】			
			身長 cm 体重 kg			

※ 介護度1又は2の方は下記の項目にも記入して下さい

居宅において日常生活を行うことが困難であることについてのやむを得ない事由 (要介護度1又は2のみ記載)
<input type="checkbox"/> 認知症である者であって、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる <input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られる <input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待等が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難である <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、かつ、地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分な状況である

A D L 状 況	視力	1.普通 2.やや悪い 3.人や物の動きがわかる 4.全く見えない
	聴力	1.普通 2.大声なら聞こえる 3.耳元で大声なら聞こえる 4.全く聞こえない
	言語	1.普通 2.聞き取りにくい 3.聞き取れない 4.全く話せない
	歩行	1.歩行 2.杖・手摺等を使用 3.要介助 4.這う 5.車椅子自走可 6.全面介助
	食事	1.自立 2.スプーン等を使用し自立 3.一部介助 4.全面介助
	義歯	1.無 2.有(ア.全部 イ.一部 ウ.有るが使用せず)
	着脱衣	1.自立 2.指示すれば可 3.ボタンなど一部介助 4.ほとんど着せる 5.全面介助
	排泄	※排泄状況 1.自立 2.(ホターダブル)トイレまで誘導 3.(ホーダブル)トイレで介助 4.おむつ交換 ※排泄アイテム 1(布・紙)パンツ 2.おむつ 3.日中リハビリパンツ夜間おむつ交換
	記憶見当識の障害	ア.名前(可 不可) イ.生年月日(可 不可) ウ.今日の日付(可 不可) エ.年齢(可 不可) オ.家族の名前(可 不可) カ.現住所(可 不可)
その他の症状	1.不安 2.あせり 3.興奮 4.幻覚 5.妄想 6.生活意欲の低下・無意 7.その他(

※ ご自宅での対応が困難な状況をお知らせ下さい