

# 入居申込書（変更届）

年 月 日

川口メディケアセンター施設長 様

## 入居希望者（本人）

フリガナ		性別	生年月日
氏名		<input type="checkbox"/> 1. 男 <input type="checkbox"/> 2. 女	大正・昭和 年 月 日生 ( 歳)
住所	〒 _____		
電話	( )		
要介護度	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5		
介護認定の有効期間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日		
介護保険負担割合	1割・2割・3割	負担限度額	第一段階 ・ 第二段階 ・ 第三段階 ・ 申請中
現在の居場所	<input type="checkbox"/> 1. 自宅 <input type="checkbox"/> 2. 病院 (病院名 _____) <input type="checkbox"/> 3. 介護老人保健施設 (施設名 _____) <input type="checkbox"/> 4. 介護療養型医療施設 (施設名 _____) <input type="checkbox"/> 5. その他 (具体的に _____)		

## 申込代理者（申込みが本人でない場合は、下の欄にご記入ください。）

フリガナ		入所希望者	
氏名		との続柄	
住所	〒 _____		
電話	自宅 ( )	携帯	( )
*昼間、連絡が取れる所をご記入ください			

## 連絡先（申込代理者以外の方へ連絡を希望される方は、下の欄にご記入ください）

フリガナ		入所希望者	
氏名		との続柄	
住所	〒 _____		
電話	自宅 ( )	携帯	( )
*昼間、連絡が取れる所をご記入ください			

## 担当ケアマネジャー

事業所名		氏名		電話	( )
------	--	----	--	----	-----

ご本人のお体の状態についてお伺いします。

該当するところに記入・レ印を付けてください。

入 所 希 望 者 の 身 体 状 況	身長	c m	体重	kg	
	障害	身体障害者手帳 ( <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ) 種 級 障害名 ( )			
	歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖又は歩行器使用 <input type="checkbox"/> つかまり歩行 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 介助歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子使用 <input type="checkbox"/> 寝たきり			
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ( <input type="checkbox"/> トイレ誘導 <input type="checkbox"/> ポータブル ) (おむつ類の使用) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 夜のみ <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> リハパン <input type="checkbox"/> パット )			
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 食事の種類 ( <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> やわらか食 <input type="checkbox"/> 経管栄養 (胃ろう等)			
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> シャワーチェア <input type="checkbox"/> リフト			
	着脱衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> イス使用			
	視力	右 ( <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 見えにくい <input type="checkbox"/> 見えない ) 左 ( <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 見えにくい <input type="checkbox"/> 見えない )			
	聴力	右 ( <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聴こえにくい <input type="checkbox"/> 聴こえない ) 左 ( <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聴こえにくい <input type="checkbox"/> 聴こえない )			
	言葉	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや不自由 <input type="checkbox"/> 不自由			
	床ずれ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (箇所 )			
	病 歴	現病名	現在治療中の病名をご記載ください。 ( )		
		既往歴	今までの病歴をご記載ください。 ( )		
		かかりつけ医	現在受診している病院・主治医のお名前を教えてください。 病院名 ( ) 主治医 ( ) 先生 TEL ( ) <input type="checkbox"/> 現在病院に受診していない。		
特別な医療行為		該当する方はレ印を付けてください。 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> インシュリン <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> その他 ( ) ※ご不明な場合はお問い合わせください。			
感染症		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )			
	現在飲んでいるお薬	現在服用中のお薬を記載ください。薬状があれば添付してください。			

ご本人の精神状態についてお伺いします。

入所希望者の精神状態	認知症の診断 <input type="checkbox"/> 有 具体的な病名が分かればご記載ください。→( ) <input type="checkbox"/> 無
	以下の症状がある方はレ印を付けてください。 <input type="checkbox"/> 徘徊があり、目を離すと何処かへ行って迷子になってしまう <input type="checkbox"/> 暴言や暴力的な行動がある <input type="checkbox"/> 自傷行為がある <input type="checkbox"/> 奇声や大声をあげる <input type="checkbox"/> 排泄物をさわってしまう等の不潔行為がある <input type="checkbox"/> 食べ物以外の物を口の中に入れてしまう <input type="checkbox"/> 被害妄想がある <input type="checkbox"/> 物取られ妄想がある <input type="checkbox"/> 夜間不眠や昼夜の逆転がある <input type="checkbox"/> 介護に対し拒否的である <input type="checkbox"/> 物忘れがある <input type="checkbox"/> 同じことを何度も繰り返し聞く <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴がある <input type="checkbox"/> 物や道具が適切に使えない <input type="checkbox"/> 衣類が適切に着られない <input type="checkbox"/> 家族や知人等、まわりの人が分からなくなってきた <input type="checkbox"/> 昔の記憶（昔の生活や仕事など）が分からなくなってきた <input type="checkbox"/> 上記以外の症状で、現在困っていることがある <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 5px;">                 具体的にご記載ください→             </div>

入所対象者及びご家族の意向	複数チェック可 <input type="checkbox"/> リハビリ目的 <input type="checkbox"/> 特養の待機利用 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
	希望居室	<input type="checkbox"/> ユニット	<input type="checkbox"/> 2階個室	<input type="checkbox"/> 2階多床室	<input type="checkbox"/> 1階個室
	<input type="checkbox"/> 希望なし				

私は、入所に関する方法や手続きについて、説明を受けました。また、入所希望者、介護者を円滑に支援する為にこの申込書にある内容を埼玉県・川口市・地域包括支援センター・担当ケアマネジャーへ提供することを同意します。

年 月 日

本人氏名 \_\_\_\_\_

代理人氏名 \_\_\_\_\_

続柄( ) \_\_\_\_\_