

入 所 申 込 書

(県南地区共通様式)

平成 年 月 日

特別養護老人ホーム ビハーラ赤坂 施設長 様

申込者 住 所 〒 -

氏 名	続柄 ( )
電話番号	( )
連絡先	( )

特別養護老人ホーム ビハーラ赤坂 に入所を希望しますので、次のとおり申し込みます。

入 所 対 象 者	保険者番号		被保険者番号			
	フリガナ	※必ずフリガナもご記入ください				
	氏 名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
	生年月日		年齢	歳		
	住 所	〒 -				
	電話番号	( )	FAX番号	( )		
	要介護 状態区分	<input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <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 <input type="checkbox"/> 介護認定申請中 ( <input type="checkbox"/> 変更) 申請日： 平成 年 月 日				
	認定有効期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日まで				
	現在の 環 境	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他 病院名または施設名 ( )				
	担当居宅介護支援事業所名		担当介護支援専門員名			
その他の施設申込状況	・ ・ ・ ・					
家族等の状況	氏 名	続 柄	年 齢	職 業	同居・別居	別居先の電話等

私は、上記入所申込者情報、及び他調査情報について、市町村介護保険事業計画策定、他施設の入所ガイドラインによる判定のため情報提供を求められた場合には、その使用について同意します。

【「介護保険被保険者証」の写しを添付】

入所対象者氏名 印

申 込 者 氏 名 印

(施設記入欄)

特 記 事 項		受 付 印

調査対象者氏名

1 現在の要介護度等	認知症高齢者自立度	障害高齢者自立度	
2 認知症によるBPSD等	<input type="checkbox"/> 非常に多い <input type="checkbox"/> やや多い <input type="checkbox"/> 少しあり <input type="checkbox"/> 無し		
・ 専門医受診の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (医療機関名: 医師名)		
・ 認知症による 中核症状・周辺症状等について	<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 奇声・大声 <input type="checkbox"/> 性的行動 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
3 在宅サービス利用限度額割合 (利用単位数 単位)	<input type="checkbox"/> 60%以上 <input type="checkbox"/> 50%以上 <input type="checkbox"/> 30%以上 <input type="checkbox"/> 30%未満		
4 利用している介護保険サービス	<input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> 短期入所(特養他) <input type="checkbox"/> 短期療養(老健他) <input type="checkbox"/> 認知症対応型(GH) <input type="checkbox"/> 特定施設生活介護 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> 小規模多機能 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
5 世帯状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
6 介護者の性別・年齢・続柄	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 歳 (利用者からみた関係: )		
7 介護者の介護負担	<input type="checkbox"/> 重い <input type="checkbox"/> やや重い <input type="checkbox"/> 軽い <input type="checkbox"/> 負担無し		
8 介護者の疾病・障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )		
9 介護者の就労	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 職種 ( ) 時間 ( )		
10 他の要介護者	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 要支援 ・ 要介護		
11 介護者の育児・看病他	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )		
12 介護者の介護への関わり方	<input type="checkbox"/> 非常に消極的 <input type="checkbox"/> やや消極的 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 介護拒否 ( )		
13 他の同居介護補助者	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 続柄・頻度 ( )		
14 別居血縁者の介護協力	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 続柄・頻度 ( )		
15 近隣者等の介護協力	<input type="checkbox"/> ほとんどなし <input type="checkbox"/> 随時あり <input type="checkbox"/> 常時あり ( )		
16 現病歴について	1. (発症年月日 年 月 日頃)		
	2. (発症年月日 年 月 日頃)		
	3. (発症年月日 年 月 日頃)		
17 薬の服用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (薬の内容等)		
18 特別な医療	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 酸素治療 <input type="checkbox"/> 嚥下障害 <input type="checkbox"/> 膀胱カテーテル <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> 皮膚疾患 <input type="checkbox"/> 経管栄養 ( ) <input type="checkbox"/> 感染症 病名等: <input type="checkbox"/> 褥瘡 部位:		
19 ADL等	その他 <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> インシュリン <input type="checkbox"/> 痰吸引 頻度 ( )		
視力	( )	聴力	( )
言語	( )	会話	( )
寝返り	( )	起き上がり	( )
座位保持	( )	立ち上がり	( )
移乗	( )	食事	( )
立位保持	( )	階段昇降	( )
歩行・移動	( )	入浴	( )
更衣	( )	意志伝達	( )
排尿	( )	排便	( )
服薬	( )	金銭管理	( )
20 特記事項及び意見			
文字はここまで			

(追加情報提供ある場合は別紙にて添付の事)

情報提供書作成日 平成 年 月 日

情報提供書	所属事業所名:	介護支援専門員	印
作成者	電話番号:	氏名	

**情報提供書に記入しきれなかった事項についての追加情報**

Blank area for providing additional information.