

あつぶる 入居申込書

*申込み日 令和 年 月 ※申込者氏名

ふりがな		男 ・ 女	生年月日	T S	年 月 日	歳
利用者氏名						
住 所						〒
電 話			携 帯			
要介護度	要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5) 申請中・区変中				負担割合	割
介護認定有効期間	年 月 日		～	年 月 日	被保険者番号	

※連絡先は、①・②箇所の記入をお願いします。

連絡先 ①	氏名		続柄		年齢	
	住所	〒	勤務先名			
	電話		携帯			
連絡先 ②	氏名		続柄		年齢	
	住所	〒	勤務先名			
	電話		携帯			
家族構成・家族関係等の状況			これまでの経過			
◎…本人 ●…死亡						
居宅・病院・老健			担当者			
電 話			FAX			
サービス利用状況		<input type="checkbox"/> デイサービス() <input type="checkbox"/> ヘルパー() <input type="checkbox"/> 訪看()				
		<input type="checkbox"/> ショートステイ() <input type="checkbox"/> 福祉用具()				
住環境		持家・他施設・借家・高層住宅 階(エレベーター 有・無)				
入所希望施設		<input type="checkbox"/> あつぶる介護付有料老人ホーム <input type="checkbox"/> あつぶるグループホーム姫路 <input type="checkbox"/> あつぶるグループホーム広畑				
		<input type="checkbox"/> あつぶるグループホーム加古川 <input type="checkbox"/> あつぶるグループホーム播磨 <input type="checkbox"/> あつぶるグループホーム(市)				
申込理由		<input type="checkbox"/> 退院後在宅復帰困難 <input type="checkbox"/> 独居生活困難 <input type="checkbox"/> 同居困難 <input type="checkbox"/> 介護者なし				
		<input type="checkbox"/> 他施設からの転居 <input type="checkbox"/> 特養への待機 <input type="checkbox"/> その他()				
本人及び 家族希望						

現在の身体及び生活状況

状況（担当ケアマネージャーにご確認下さい）					
生活状況	移動	・自立・見守り・一部介助・全介助（杖・歩行器・車椅子）			
	食事	・自立・見守り・一部介助・全介助		・普通・キザミ・ソフト・ミキサー・ゼリー	
		・制限食（　　）		・入れ歯（無・有）	
	嚥下	・むせにくい・むせやすい・水分トロミ（無・有）			
	排泄	・自立・見守り・一部介助・ポータブルトイレ・尿器（おむつ・リハビリパンツ・パット）			
	便秘	・無・有（服薬：無・有）			
入浴	・自立・見守り・一部介助・全介助（一般浴・リフト浴・シャワー浴・特浴・清拭）				
身体状況	視力	・普通・近くの物は見える・殆ど見えない・全く見えない・めがね（無・有）			
	聴力	・普通・大きな声なら聞こえる・殆ど聞こえない・聞こえない・補聴器（無・有）			
	発語	・普通・少し不明瞭・不明瞭	理解力	・普通・やや困難・困難	
	身長	cm	体重	kg	
健康状態	主治医	医院名	TEL		
	現疾患	既往歴			
	内服				
	医療の状況	バルンカテーテル・人工肛門・インスリン・在宅酸素 その他（　　）			
	障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2			
	認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M			
	認知症				
	精神・行動・障害	無・有	（暴言・暴力・昼夜逆転・幻覚・幻聴・妄想・徘徊・収集癖 介護に抵抗・不潔行為・異食行為）		
	感染症	無・有（　　）	アレルギー	無・有（　　）	
	麻痺拘縮	無・有（　　）	睡眠	良・不良（服薬：無・有）	
	褥瘡	無・有・以前あった			
	金銭状況	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 共済年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 恩給 <input type="checkbox"/> 無年金			
(一ヶ月およそ　　万円)		年間年金収入額	円		
預貯金額		<input type="checkbox"/> 300万円以下 <input type="checkbox"/> 300～600万円 <input type="checkbox"/> 600～900万円 <input type="checkbox"/> 900万円以上			
負担限度額認定証		円	(有効期限　令和　年　月　日　まで)		