

入居申込書 (2 / 2)

| | | | |
|----------------------------------|---|--|-----------------|
| 介護認定 | 申請(更新・変更)中 <input checked="" type="checkbox"/> 済 | 被保険者番号 | ○○○○○○○○○○ |
| 要介護度 | 1・2・ <input checked="" type="checkbox"/> 3・4・5 | 認定の有効期間 | R年 月 日 ~ R年 月 日 |
| 介護者の状況 | 該当する番号1つに○ (□内は該当項目にチェック) | 1. 身寄りがなく、介護する者がいない | |
| | | 2. 介護する者がいない (□ 介護者が長期入院・入所 □ 介護者が遠方に在住) | |
| | | 3. 介護する者はいるが、十分な介護力がない。 (介護者が □ 要介護状態 □ 病気療養中 □ 障害がある) | |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> 4. 介護する者はいるが、介護にあたる時間を十分に確保できない。 | |
| | | 5. 介護する者はいるが、上記以外の理由で介護を行うことが困難である。 | |
| | | 6. 1~5に該当しない(介護に欠ける状態ではない)。 | |
| ※ 上記を記入し、現在の家族状況、介護者の状況をご記入ください。 | | | |
| 入居者本人の状況 | 現該(□内は該当する住居番号及び介護サービスの利用状況)に○ (□内は該当項目にチェック) | <input checked="" type="checkbox"/> 1. 施設 <input type="checkbox"/> 特養(□従来型 □ユニット型) <input checked="" type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 介護療養型 <input type="checkbox"/> 養護 <input type="checkbox"/> ケアハウス <input type="checkbox"/> 認知症高齢者グループホーム <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> 救護・更生施設(保護施設) <input type="checkbox"/> 障害者入所施設 <input type="checkbox"/> 生活支援ハウス <input type="checkbox"/> その他() | |
| | | 2. 病院 (病名: _____ 入院: 令和 ____ 年 ____ 月から) | |
| | | 3. 在宅 <input type="checkbox"/> 訪問介護 (□ 週4回以上 □ 週2~3回 □ 週1回) <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 (□ 週1回以上) <input type="checkbox"/> 訪問看護/訪問リハビリテーション (□ 週2回以上 □ 週1回) <input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護 <input type="checkbox"/> 通所介護/通所リハビリテーション (□ 週2回以上 □ 週1回) <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護/療養介護 (最近3か月の利用日数合計 ____ 日) <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 複合型サービス | |
| 特例入居要件の有無 | 有 (詳細は別紙「特例入居申込書」のとおり) ・ 無 | | |
| その他 | <input type="checkbox"/> 認知症の行動・心理症状(BPSD)があり <input type="checkbox"/> 住居環境が介護に適さない。 該当する項目にチェックをお願いします <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設や病院等に入居(入院)しており、退所(退院)後も在宅生活が困難。 <input type="checkbox"/> 当施設併設のショートステイの利用経験がある。 <input type="checkbox"/> 地域性がある。 | | |
| | 備考 | 困っていることや家族状況等で介護負担や経済的な負担が大きいことなど記入してください。 | |