

青梅園入居申込書兼調査書

この申込書の内容をもとに入居していただく優先度を決めております。
お名前・ご住所等をご記入のうえ、該当する箇所に ○ をつけてください。

| | |
|-------------------------------------|---|
| 記入者 ご氏名 〒 (-) | 申込者との関係 () (自宅) 電話 (携帯) |
| 記入者 ご住所 | |

| | | | |
|-------------------------|--|----------------|-------|
| ふりがな お名前 | | ご住所 | |
| 生年月日 | 歳 | 性別 | 男 ・ 女 |
| 要介護度 | 1 2 3 4 5 | 介護保険 被保険者番号 | |
| 同居の方について | 一人暮らし ご夫婦のみ (相手の方のご年齢 歳) ご夫婦以外に同居者がいる () | | |
| 主に介護している方について | 介護する方は いる いない 主に介護する方は 健康 病弱 病気で治療中 障害がある 主に介護する方は 働いている 働いていない | | |
| 介護を手伝う方について | 介護を手伝う方は いる いない 手伝う方がいる場合その方は 親族 近所の方 それ以外の方 | | |
| お住まいについて | 今のお住まいは 自宅 自宅以外 自宅以外にお住まいの方は戻る自宅が ある ない 立ち退きを求められている 家屋の老朽化が著しい | | |
| 介護する上で の住宅の問題 | エレベーターのない集合住宅の二階以上に住んでいる 自分の部屋がない 自分の部屋とは別の階にトイレや風呂がある その他具体的に () | | |
| その他で該当 するものが あれば○ | 徘徊 暴力行為 不潔行為 異食 大声や奇声 その他の行為 (具体的に 医療器具を使っている (具体的に) 病気がある (具体的な病名) | | |

現在受けておられる介護や治療の様子について

| | | | |
|------------------|--|--|----|
| ご自宅以外での 介護や治療 | 現在おられるのは 病院 老人保健施設 介護療養型医療施設 養護老人ホーム 軽費老人ホーム ケアハウス 有料老人ホーム グループホーム その他 () | | |
| ケアプランな どについて | ケアプランは 作っている 作っていない 相談できる介護支援専門員は いる いない 介護支援専門員の氏名 | | |
| | 連絡先 (会社名) | | 電話 |
| 在宅サービス について | 在宅サービスは 使っている 使っていない 今後の利用は 今のままでよい もっと増やしたい サービスや使い方を改善したい (具体的に) | | |

居室種類について（3種類のタイプの居室がございます）

・入居希望の居室の に をしてください。（複数回答可）

多床室（4人部屋 又は 2人部屋）

従来型個室

ユニット型個室

※ 利用料金等について詳しい内容をお知りになりたい方はお問い合わせください。

特例入所に関する事由（要介護 1・2 の場合は、ご記入ください）

| | |
|---|---|
| 特例入所の要件 (<input type="checkbox"/> に <input checked="" type="checkbox"/>) | <input type="checkbox"/> 認知症である者であって、日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られること。 <input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来たすような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られること。 <input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待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こと。 <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であること。 |
| 所見欄 | ※ 具体的な状況を記載してください。 |

私は、入居に関する方法や手続きについて説明を受けました。又、この申込書兼調査書にある内容を保険者、在宅介護支援センター・指定する介護支援専門員等へ照会する事に同意します。

令和 年 月 日 本人氏名 印
代理人氏名 印

介護支援専門員意見書

記入日 年 月 日

| | | |
|--------------|-----------------------------------|-----------------------------|
| 入居申込者氏名 | | |
| ケアプランについて | 在宅サービス利用率 % (直近1ヶ月の給付限度額に対する利用割合) | |
| | 利用しているサービス | 利用回数等 |
| | | |
| | | |
| | | |
| | サービスに対するご本人またはご家族の希望等 | |
| | | |
| ご本人の状況 | 1 身体の状況について | |
| | 2 認知症等について | |
| | 3 疾患等について | |
| その他留意すべきこと | | |
| 日常生活自立度 | 障害高齢者の日常生活自立度 | 自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2 |
| | 認知症高齢者の日常生活自立度 | 自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M |
| 担当介護支援専門員氏名 | | |
| 事業所名 (連絡先電話) | | |