

# コスモホーム 入所申込書

申込日： 年 月 日

ふりがな		性別	生年月日	年齢
入所希望者 氏名		男・女	M・T・S 年 月 日	歳
現住所	〒 電話番号 ( )			
保険者	区・市・町・村	介護度	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5	
介護保険 被保険者番号		有効認定期間	H ~ H (介護保険者証裏に書いてあります)	
生活保護	・無 ・有【保護開始日 福祉事務所・担当者	医療保険	・後期高齢 ・国保 ・社保 ・難病医療 ・自立支援 ・障害者	
収入状況	・年金の種類 ( ) 収入金額 ¥ (1ヶ月)	手帳類	・無 ・その他 ( ) ・身障【 級 第 種】 ・障害部位：	
現在の住まい	<input type="checkbox"/> 在宅で生活している。 <input type="checkbox"/> 病院【病院名： 入院日： 年 月 日】 <input type="checkbox"/> 老人保健施設【施設名： 入所日 年 月 日】 <input type="checkbox"/> 他施設【施設名： 入所日 年 月 日】			
<b>ご 家 族 連 絡 先</b>				
ふりがな		続柄	生年月日	年齢
氏名			M・T・S 年 月 日	歳
住所	〒 <input type="checkbox"/> 自宅電話番号 ( ) <input type="checkbox"/> 携帯電話番号 ( ) 勤務先名称 住所： <input type="checkbox"/> 職場電話番号 ( )			
ふりがな		続柄	生年月日	年齢
氏名			M・T・S 年 月 日	歳
住所	〒 <input type="checkbox"/> 自宅電話番号 ( ) <input type="checkbox"/> 携帯電話番号 ( ) 勤務先名称 住所： <input type="checkbox"/> 職場電話番号 ( )			

\*その他、連絡可能な友人や知人の方がいらっしゃいましたら記入をお願いします。(和敬園申込 有・無)

ご 家 族 連 絡 先

ご 家 族 連 絡 先				
ふりがな		続柄	生 年 月 日	年 齢
氏 名			M・T・S 年 月 日	歳
住 所	〒 勤務先名称 住所： <input type="checkbox"/> 自宅電話番号 ( ) <input type="checkbox"/> 携帯電話番号 ( ) <input type="checkbox"/> 職場電話番号 ( )			
ふりがな		続柄	生 年 月 日	年 齢
氏 名			M・T・S 年 月 日	歳
住 所	〒 勤務先名称 住所： <input type="checkbox"/> 自宅電話番号 ( ) <input type="checkbox"/> 携帯電話番号 ( ) <input type="checkbox"/> 職場電話番号 ( )			
ふりがな		続柄	生 年 月 日	年 齢
氏 名			M・T・S 年 月 日	歳
住 所	〒 勤務先名称 住所： <input type="checkbox"/> 自宅電話番号 ( ) <input type="checkbox"/> 携帯電話番号 ( ) <input type="checkbox"/> 職場電話番号 ( )			
ふりがな		続柄	生 年 月 日	年 齢
氏 名			M・T・S 年 月 日	歳
住 所	〒 勤務先名称 住所： <input type="checkbox"/> 自宅電話番号 ( ) <input type="checkbox"/> 携帯電話番号 ( ) <input type="checkbox"/> 職場電話番号 ( )			
ふりがな		続柄	生 年 月 日	年 齢
氏 名			M・T・S 年 月 日	歳
住 所	〒 勤務先名称 住所： <input type="checkbox"/> 自宅電話番号 ( ) <input type="checkbox"/> 携帯電話番号 ( ) <input type="checkbox"/> 職場電話番号 ( )			

# 介護老人福祉施設 調査書

No.1

入所申込者ご本人の状況等

(該当するものにレ印チェックを入れ ( ) には状況を具体的に必要箇所をご記入して下さい。)

ふりがな			
申込代理者氏名	入所申込者との続柄	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 (同居・別居) <input type="checkbox"/> その他 ( )	
住 所	〒 -	この申込書についての 問 い 合 せ 先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅以外 ( ) 電話: ( )
入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日頃までに入所したい		
申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込む。 <input type="checkbox"/> 他の施設も申し込んでいる又は今後、申し込む予定。		
現 況	<input type="checkbox"/> 一人暮らし (自宅) <input type="checkbox"/> ご夫婦のみ (相手の方の氏名 歳 ) <input type="checkbox"/> ご夫婦以外に同居者がいる ( )		
住宅の状況 (介護住宅問題)	<input type="checkbox"/> 自宅以外に戻る自宅が <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 立ち退きを迫られている <input type="checkbox"/> 老朽・狭い等介護上住宅環境が不適切 <input type="checkbox"/> 十分な居宅サービスを受けられない等の問題がある。 <input type="checkbox"/> エレベーターのない集合住宅の2階以上に住んでいる <input type="checkbox"/> 自分の部屋がない <input type="checkbox"/> 自分の部屋とは別の階にトイレや風呂がある		
主たる介護者	1. 介護する方は <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる【氏名: 続柄: ( )】 <input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している (住所: ( ) ) 2. 主に介護する方は <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病弱 <input type="checkbox"/> 病気で療養中 <input type="checkbox"/> 障害がある <input type="checkbox"/> 就業中 <input type="checkbox"/> 育児中 <input type="checkbox"/> 高齢 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 3. 介護を手伝う方は <input type="checkbox"/> いる→ <input type="checkbox"/> 同居家族 <input type="checkbox"/> 同居以外の家族 <input type="checkbox"/> その他の方 <input type="checkbox"/> いない		
入所希望理由 (該当項目を全て 選んで下さい。)	<input type="checkbox"/> 身寄りや介護者が誰もいないため。 <input type="checkbox"/> 介護する者が病気等で長期入院しているため。 <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」「障害」「疾病」等により介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 複数の要介護者により介護負担が大きいため。 <input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所を求められているが自宅での介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
現在利用中の居宅 サービス内容 (種類と頻度)	<input type="checkbox"/> 訪問介護 (週 回) <input type="checkbox"/> 訪問入浴 (週 回) <input type="checkbox"/> 訪問看護 (週 回) <input type="checkbox"/> 訪問リハ (週 回) <input type="checkbox"/> 通所介護 (週 回) <input type="checkbox"/> 通所リハ (週 回) <input type="checkbox"/> 短期入所生活 (月 日) <input type="checkbox"/> その他 ( ) <div style="border: 1px dashed red; padding: 5px;">【特記事項】</div>		
そ の 他 あてはまるもの	<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 大声や奇声 <input type="checkbox"/> その他の行為(具体的内容: ( ) ) <input type="checkbox"/> 医療器具を使っている(具体的内容: ( ) ) <input type="checkbox"/> 病気がある(病名: ( ) )		
ケアプランなどについて	1. ケアプランは <input type="checkbox"/> 作っている <input type="checkbox"/> 作ってない 2. 相談できる介護支援専門員は <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない		

# 《ご本人の生活歴》

No,2

ご両親について	父親氏名： 母親氏名： 両親の仕事：	【家族構成】
兄弟について	男性： 名 女性： 名	
結 婚 歴	結婚年月日： 配偶者氏名： 子供：男性 名 / 女性： 名	
学 歴		
仕 事 歴		
趣味・特技など		
嗜 好 品	好きな食べ物 嫌いな食べ物	
生活歴 (出身地、居住地、 幼少期等、入所前 までの生活歴)		
病 歴 (今まで罹られた 怪我や病気等)	病名： 状況： ( 年 月 日)  *身長： *体重 【特記事項】	

## 《お申込み案内》

必要書類	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 入所申込書</li> <li>② 介護支援専門員等意見書</li> <li>③ 介護保険被保険者証のコピー</li> <li>④ 介護保険負担限度額認定証のコピー (お持ちの方のみ)</li> <li>⑤ 内服薬処方内容が記載されている書類コピー</li> <li>⑥ 診療情報提供書</li> </ul> <p>*今までに健康診断を受けられておりましたら健康診断書 (血液データ) のコピー</p>
------	---



28. 日中の生活	<input type="checkbox"/> よく動いている <input type="checkbox"/> 横になっていることが多い	<input type="checkbox"/> 坐っている事が多い
29. 医療的処置の状況	<input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> 胃ろう又は腸ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 人口肛門 <input type="checkbox"/> カテーテル
30. 内服薬（薬名を記載）	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

## 記憶・理解・行動障害について

1. 毎日の日課等の理解	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない	
2. 生年月日や年齢を答える	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない	
3. 直前にしていたことを答える	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない	
4. 自分の名前を答える	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない	
5. 今の季節を理解する	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない	
6. 自分がいる場所を答える	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない	
7. 物を盗られた等の被害妄想	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
8. 作話をし、周囲に言いふらす	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
9. 妄想・幻覚の症状	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
10. 感情が不安定（感情失禁等）	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
11. 夜間の不眠・昼夜逆転	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
12. 暴言や暴行	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
13. しつこく同じ話をする 不快な音を立てる	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
14. 大声をだす	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
15. 助言や介護に抵抗する	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
16. 目的もなく動き回る	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
17. 「家に帰る」等落ち着きがない	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
18. 外に出たがり目が離せない	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
19. 色々なものを集める 無断でもってくる	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
20. 物や衣類を壊したり破く事	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
21. 不潔な行為（排泄物を弄る）	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
22. 異食行為	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある

《 介護上で困っている事・気を付けている事・その他ケアに対するご希望等をご記入下さい 》

---



---



---



---



---

# 介護支援専門員 意見書 (記入日 H . . ) No.5

ふりがな		被保険者番号	
入所希望者氏名		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)
ケアプランについて	利 用 し て い る サ ー ビ ス (直近1ヶ月の利用状況)		
	サービス名	利用回数等	
	サービスに対するご本人 又は、ご家族の希望など		
ご本人の状況	1. 身体の状況について (麻痺や拘縮など、介護を要する身体状況)		
	2. 認知症などについて (介護や見守りを要する状況)		
	3. 疾患などについて (特に注意を要する事、医療器具の使用など介護や看護を要する疾患など)		
その他の留意すべき事	※ ご本人の嗜好や性格など介護をする上で把握しておくべき事		

記入者氏名		職 種	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> その他 ( )
事業所区分	<input type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 在宅介護支援センター <input type="checkbox"/> その他 ( )		
事業署名		連絡先電話	- -