

利 用 受 付 書

2回 平成 年 月 日
 1回 平成 年 月 日
 初回申込日 平成 年 月 日

利 用 希 望 者	ふりがな				性別	M T S		
	氏名				男・女	生年月日	年	月 日
	住所	〒 -			電話	- -		
	介護度	要支援1・要支援2 要介護 1 2 3 4 5				認定年月日	年	月 日
	介護認定の有効期間	平成 年 月 日 ~			平成 年 月 日			
	現在の状況	自宅 / 病院 / 老人保健施設 / 療養型病床群 / その他						
	施設・病院名	施設・病院名			平成 年 月 ~ 平成 年 月 退院・退所予定			
	居宅サービスの利用状況				介護保険番号			
					保険者	市町村名		
	言語	普通 / やや不明瞭 / 不自由			排泄	自立 / 誘導 / 一部介助 / 全介助		
					食事	自立 / 一部介助 / 全介助		
	歩行	自立 / 歩行器 / 杖 / 車椅子 (全介助 ・ 一部介助)						
	既往歴	脳梗塞(才) 高血圧(才) 糖尿病(才) 心疾患(才) その他()						
現病歴 (麻痺・拘縮を含む)	脳梗塞(右麻痺・左麻痺) 糖尿病(1日 Kcal) 高血圧 インスリン(有・無)							
	心疾患(ペースメーカー 有・無) 胃瘻(有・無) 経管栄養(有・無) バルーンカテーテル留置(有・無) その他の医療行為()							
認知症	短期記憶障害 物盗られ 暴言 徘徊 異食 昼夜逆転 奇声						介護・負担限度額 認定証	
	その他 詳細						段階	
入所を必要とする主な理由	県、市町村への申込者リストの提出が義務付けられています。 特別な理由により承諾できない方のみ、不承諾に○をつけてお申し込みください。					不承諾		
居宅介護 支援事業者	事業所名 ※ ご利用されている方のみご記入下さい。							
	担当者名			電話 - -				
身元保証人	ふりがな				続柄	電話	- -	
	氏名							
	住所	〒 -			携帯	- -		

※ご利用を希望されるサービスに○をつけて下さい。(いくつでも可。特養は【 】からも選択して下さい。)

- 特別養護老人ホーム(介護保険書のコピーを添えてください)
 - ケアハウス
 - ショートステイ(短期入所生活介護)
 - デイサービスセンター(通所介護)
 - ヘルパーステーション(訪問介護)
 - グループホーム(認知症対応型共同生活介護)
- 【 従来型 ユニット型 】
 (4人部屋) (個室)

特養申込み者

氏名()

問1. 現居所(1,自宅に○をつけた方のみ問3も記載)

- | | | | |
|---------------------------|---------------|-------------|----------|
| 1. 自宅 | 2. 老健() | 3. ケアハウス() | 4. 病院() |
| 5. サービス付き高齢者向け住宅等の高齢者の住まい | 6. グループホーム() | | |
| 7. 有料老人ホーム() | 8. 養護老人ホーム | | |
| 9. 介護療養病床() | 10. その他 | 0. 不明 | |

問2. 現在の介護サービス等利用状況(複数回答可)

- | | | | | | |
|---------------------|---------------|-----------------|---------|--------------|-----------|
| 1. 訪問介護 | 2. 訪問看護 | 3. デイサービス | 4. 短期入所 | 5. その他居宅サービス | 6. 小規模多機能 |
| 7. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | 8. 認知症対応型通所介護 | 9. その他地域密着型サービス | | | |
| 10. お泊まりデイ | | | | | |
| 11. 介護保険サービス以外 | | | | | |
| 12. 何もない | | | | | |

問3. 現在の主たる介護者

前項の現居所で「1 自宅」と回答の方のみ下記項目より選択し番号に○をしてください。

(複数の場合は主なもの1つ選択)

- | | | | | | | |
|--------|--------------|------|--------------|--------------|--------|-------|
| 1. 配偶者 | 2. 子供・子供の配偶者 | 3. 孫 | 4. 親族(1~3以外) | 5. 近所(町内、知人) | 6. いない | 7. 不明 |
|--------|--------------|------|--------------|--------------|--------|-------|

問4. 主たる介護者の状況

下記項目より選択し番号に○をしてください(複数回答可)

- | | | | | |
|----------------|----------|--------|--------|--------------|
| 1. 別居(近所の場合除く) | 2. 75歳以上 | 3. 要支援 | 4. 要介護 | 5. 障害者(難病含む) |
| 6. 複数者介護 | | | | |
| 7. 日中不在 | | | | |

問5. 申込者の入所必要性 (施設判断)

1. すぐにでも入所が必要である

2. 今すぐの入所の必要はない

問6. その他考慮すべき事項(わかる範囲で記載ください)

- | | |
|---------------|-----------------------|
| 1. 経済的に困窮 | 2. 限度額を超えて在宅介護サービスを利用 |
| 3. 徘徊等問題行動が顕著 | 4. その他() |