

麦久保園入所申込書

申 込 日	令和 年 月 日			
施設記入欄	受 付 日	令和 年 月 日	受付者	

※あてはまる項目にチェックをして下さい

ふりがな			男性	生 年 月 日		
入所申込者 (本人)			女性	大正	昭和	年齢
				年	月	日
住所	〒					
ふりがな			本人との関係			
申込代行者			電話番号			
			携帯			
住所	〒					
介護認定関係	要介護()		認 定 期 間			
			年 月 日 ~ 年 月 日			
	被保険者番号		保険者 (区市町村名)			
負担限度額認定証	有	無	食費	円		
介護保険負担割合	割	生活保護受給	有	無		

※項目別に伝えておきたい事がある方は()内や余白にご記入下さい

同居の方の有無	☐ 独居 ☐ ご夫婦のみ (相手の方の年齢 才) ☐ 他の同居者あり (ご関係)					
主介護者の状況	・中心で介護する方は ☐ いる ☐ いない (介護者との関係) ・主介護者は ☐ 健康 ☐ 病弱 ☐ 病気療養中 ☐ 障害がある ☐ その他 ・主介護者は ☐ 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 ・手伝う方とのご関係()					
現在いらっしゃる場所	・病院 ・老人保健施設 ・グループホーム ☐ 自宅 ☐ 自宅以外 ・有料老人ホーム ・高専賃 入所・入院先() 自宅以外にお住まいの方は戻る自宅が ☐ ある ☐ ない ☐ 家屋老朽化 ☐ 立ち退きを求められている					
ご家族について	氏 名	続 柄	年 齢	住 所		
介護支援専門員	有	有 の 場 合				
	無	事業所				
		担当者名				
申込理由	※行動、言動や住環境の問題点等					
現在問題と感じている行動・環境等をご記入下さい						

※医療状況を分かる範囲でご記入下さい

現病 (治療中等)						
既往症						
医療行為について	有	有の場合は、以下より該当行為をチェックして下さい				
	無	・経管栄養(胃ろう 鼻腔 腸ろう) ・インスリン注射 ・喀痰吸引 ・人工肛門 ・バルーンカテーテル ・ペースメーカー ・在宅酸素 ・その他()				
感染症の有無 (わかる範囲で)	・結核	有	無	・疥癬	有	無
	・B型肝炎	有	無	・MRSA	有	無
	・C型肝炎	有	無	・梅毒	有	無
	・その他 ()					
じょくそう	有 (部位)		無			
アレルギー	有 (原因)		無			
処方薬						

※日常生活動作・介助の状況について

1 食事	形態(主食): 常食 粥 ミキサー					
	形態(副食): 常食 キザミ 極キザミ ミキサー					
	摂取状況: 自立 一部介助 半介助 全介助					
	食事摂取量: 全量 半量 半量未満					
	水分・汁物: トロミの使用 有 無					
	嚥下状況: 良好 時々むせ込む むせ込むことが多い					
	留意事項					
2 排泄	日中: トイレ ポータブルトイレ オムツ (自立 見守り 一部介助 全介助)					
	夜間: トイレ ポータブルトイレ オムツ (自立 見守り 一部介助 全介助)					
	尿意: 有 無 便意: 有 無					
	留意事項					
3 入浴	一般浴 機械浴					
	留意事項					
4 移動	歩行 車椅子 歩行器 シルバーカー					
	自立 見守り 介助					
	転倒歴: 有 (頻度) 無					
	留意事項					
5 麻痺・拘縮	麻痺: 有 (部位)					無
	拘縮: 有 (部位)					無
6 睡眠	問題なし あまりよく眠れない 不眠 昼夜逆転					
7 心身などの状況	視力	普通 大きい字なら見える ぼやけている みえない 眼鏡(有 無)				
	聴力	普通 大きな声なら聞こえる ほとんど聞こえない 聞こえない 補聴器(有 無)				
	言語	話せる なんとか話せる まったく話せない				
	理解力	あり やや困難 困難				
	記憶力	問題なし たまに忘れる ほとんどすぐ忘れる				
	留意事項					
8 気になる問題 行 等があれば、 記入して下さい						

介護老人福祉施設 麦久保園 施設長殿

入所に関して私に関する情報を、保険者、記載事業所及びケアマネージャー、家族、麦久保園職員に照会することに同意します。

本人氏名 _____ 印 _____

(代筆の場合は)代筆者名 _____ 印(続柄 _____)