

申 請 日	平成	年	月	日
-------	----	---	---	---

申請代理人	フリガナ 氏 名		続柄	
	住 所	〒 _____ _____ 【電話番号】 _____		

フリガナ			男	明治										
申請者氏名			・	大正 年 月 日生 (歳)										
			女	昭和										
住 所	〒 _____													
	【電話番号】 _____													
介護保険	要介護度	1 2 3 4 5					被保険者番号							
	認定期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日												
	負担割合	1割 ・ 2割					負担限度額段階	1段階 2段階 3段階 非該当						
医療保険	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療		<input type="checkbox"/> 国民健康保険			その他								
年金等	<input type="checkbox"/> 国民年金		<input type="checkbox"/> 厚生年金			その他								
掛付病院	病院名						電 話							
現 況	<input type="checkbox"/> 自 宅	病院 施設	名 称						電話					
	<input type="checkbox"/> 入院中		入院・入所日	平成 年 月 日 ~										
	<input type="checkbox"/> 入所中		入院経緯											

身 体 状 況	食 事	<input type="checkbox"/> 自 立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経管栄養 【入れ歯】 <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し 【主食】 <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 粥食 <input type="checkbox"/> ミキサー 【副食】 <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 刻み食 <input type="checkbox"/> ミキサー					
	排 泄	<input type="checkbox"/> 自 立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 【内 容】 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿便器 <input type="checkbox"/> おむつ 【おむつ】 <input type="checkbox"/> な し <input type="checkbox"/> 尿パット <input type="checkbox"/> 夜のみ <input type="checkbox"/> 昼 夜 <input type="checkbox"/> カテーテル					
	麻 痺	<input type="checkbox"/> な し <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> その他					
	歩 行	<input type="checkbox"/> 自 立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 【内 容】 <input type="checkbox"/> 補助具 <input type="checkbox"/> 車椅子					
	着脱衣	<input type="checkbox"/> 自 立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助					
	入 浴	<input type="checkbox"/> 自 立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 【内 容】 <input type="checkbox"/> 一般浴槽 <input type="checkbox"/> 機械浴槽					
	視 力	<input type="checkbox"/> 普 通 <input type="checkbox"/> 弱 視 <input type="checkbox"/> 全 盲 【眼 鏡】 <input type="checkbox"/> 有 り <input type="checkbox"/> 無 し					
	聴 力	<input type="checkbox"/> 普 通 <input type="checkbox"/> やや難聴 <input type="checkbox"/> 難 聴 【補聴器】 <input type="checkbox"/> 有 り <input type="checkbox"/> 無 し					
	言 語	<input type="checkbox"/> 普 通 <input type="checkbox"/> 少し不自由 <input type="checkbox"/> 不自由					
認知症	<input type="checkbox"/> な し <input type="checkbox"/> あ り （ <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 軽度 ） <input type="checkbox"/> 攻撃的 <input type="checkbox"/> 自傷 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 不潔 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> その他（ ）						
備 考	【現在治療中の病気・特記事項等】						

世帯及び 介護者の 状況	<input type="checkbox"/> 単身世帯である							
	【主たる介護者の年齢】 <input type="checkbox"/> 75歳以上 <input type="checkbox"/> 65歳以上 <input type="checkbox"/> 60歳以上 <input type="checkbox"/> 60歳未満 【主たる介護者の状況】 <input type="checkbox"/> 介護困難 <input type="checkbox"/> 2つ程度の介護は可能 <input type="checkbox"/> 介護可能 【主たる介護者の就労】 <input type="checkbox"/> 高齢のため就労不能 <input type="checkbox"/> 8時間以上の就労 <input type="checkbox"/> 4～8時間就労 <input type="checkbox"/> 4時間未満の就労 <input type="checkbox"/> 就労なし 【主たる介護者の育児・他の看病】 <input type="checkbox"/> 常時必要 <input type="checkbox"/> 半日程度 <input type="checkbox"/> 随時必要 <input type="checkbox"/> なし 【他の同居者の介護補助】 <input type="checkbox"/> ほとんどない <input type="checkbox"/> 随時（週1～3日） <input type="checkbox"/> 常時（週4日以上） 【別居血縁者による介護】 <input type="checkbox"/> ほとんどない <input type="checkbox"/> 随時（週1～3日） <input type="checkbox"/> 常時（週4日以上）							
	<input type="checkbox"/> 在宅で生活しているが、介護者の身体的・精神的負担が大きい。 <input type="checkbox"/> 病院や施設から退院・退所を求められているが、在宅での介護が困難。 <input type="checkbox"/> その他（　　　　　　　　　　　）							
	※該当するもの全てを選んで下さい 【要介護1・2の方については、以下の該当するものを選んで下さい】 <input type="checkbox"/> 認知症である者であって、日常生活に支障を来している・行動や意思疎通が困難 <input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来している・行動や意思疎通が困難 <input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待により、心身の安全・安心確保が困難である <input type="checkbox"/> 単身世帯である <input type="checkbox"/> 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ない <input type="checkbox"/> 特記事項（　　　　　　　　　　　）							
同居家族 主たる介護 者には <input checked="" type="checkbox"/>	氏名	続柄	年齢	職業	氏名	続柄	年齢	職業
	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>			
別居家族 主たる介護 者には <input checked="" type="checkbox"/>	氏名	続柄	年齢	職業	住所	電話		
	<input type="checkbox"/>							
	<input type="checkbox"/>							
入所時期	<input type="checkbox"/> 早急に入所希望したい <input type="checkbox"/> 出来るだけ早く入所希望 <input type="checkbox"/> 緊急ではないが入所希望							
申請状況	<input type="checkbox"/> 当該施設にのみ申請 <input type="checkbox"/> 他の施設にも申請している （施設名：_____）							
特記事項	_____ _____ _____							
担当ケア マネージャー	氏名				連絡先			
	事業所名							

説明確認欄	私は、利用申込に際し、 □利用順位の決定方法 ☑特列入所の趣旨、留意事項、意見照会のために施設と市町村間で情報共有すること について施設から説明を受けました。
	平成 年 月 日 氏名：

かさまグリーンハウス【相 017-01】