

入所申込書・回答書

西暦
20

年

月

日

株式会社 吉清会
住宅型有料老人ホーム かりん明和 苑

居宅介護支援事業所
または市町名
介護支援専門員
または担当者名

TEL

FAX

申 込 者 の 状 況	被保険者番号											保 険 者 名										
	入 所 希 望 者	ふりがな										男 女	明治 大正 昭和 年 月 日 歳									
		電話番号										携帯番号										
		住 所																				
	相 談 申 込 者	氏 名										続 柄										
		電話番号										携帯番号										
		住 所																				
	現 況	☐ 自宅で一人暮らし ☐ 自宅で家族と暮らしている ☐ 施設や病院に入っている 施設・病院名 入所または入院期間 年 月 から入所・入院している 退所・退院後の生活環境 (独居・家族同居・その他) 要介護度 ☐ 要介護5 ☐ 要介護4 ☐ 要介護3 ☐ 要介護2 ☐ 要介護1																				
		身体状況	食 事 自立 一部介助 全介助										麻 痺 ・ 拘 縮									
	入 浴 自立 一部介助 全介助																					
排 泄 自立 一部介助 全介助										トイレ Pトイレ 尿器 オムツ 紙パンツ パッド												
移 動 自力歩行 杖歩行 歩行器 シルバーカー 車椅子(自走・介助) ストレッチャー ベッド																						
認知症	☐ 認知症による以下の不適応行動が概ね1週間に1～2回程度出現する ☐ なし ☐ 自傷行為 ☐ 夜間せん妄 ☐ 興奮 ☐ 大声 ☐ 奇声 ☐ 徘徊 ☐ 攻撃的行為 ☐ 不潔行為 ☐ 摂食異常 ☐ 弄火の問題行動 ☐ 暴言・暴行 ☐ 昼夜逆転 ☐ 介護に抵抗 ☐ その他問題行動()																					
	医療状況	☐ 経管栄養(胃ろう・腸ろう) ☐ 中心静脈栄養 ☐ 在宅酸素 ☐ インシュリン注射 ☐ その他() 現在治療中の病気・特記事項 : かかりつけ医・医療機関名 :																				
介 護 状 況	介護の 必要性	☐ 介護者がいないため ☐ 介護者が高齢・障害・疾病等により介護が困難なため ☐ 介護者が就労しているため ☐ 介護者の身体・精神的負担が大きく十分な介護が困難なため ☐ 施設や病院等から退所を求められているが、自宅での生活が困難なため ☐ その他()																				
		介護保険の 居宅サービス利用状況										当 月	前 月	前 々	各利用単位数							
緊急に 入所を要する理由 (該当者のみ記入)																						
特記事項																						

西暦 20 年 月 日

上記申込者の入所申し込みについて下記のとおり回答します。

担当者名

☐ 西暦 20 年 月 日付けで受付いたしました。

TEL 0596-53-1500

FAX 0596-53-1511

☐ 受け付けられません

理 由〔

〕