

高原園入所申込書

年 月 日

| | | | | | | | |
|----------------------|--|-----|-------|--|--|--|--|
| (フリガナ) 氏名 | 保 険 者 | | | | | | |
| | 保険者番号 | | | | | | |
| 生年月日 | 明・大・昭 年 月 日 (歳) | 性 別 | 男 ・ 女 | | | | |
| 本人の状況 | | | | | | | |
| ※当てはまるものに、レ印を付けて下さい。 | | | | | | | |
| 要介護度 | 自立 ・ 要支援 ・ 介護度1 ・ 介護度2 ・ 介護度3 ・ 介護度4 ・ 介護度5 (認定有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日) | | | | | | |
| 入所を希望する理由 | <input type="checkbox"/> 独り暮らしで、日常生活に支障が生じている。 <input type="checkbox"/> 介護者(家族等)が、高齢・病弱・就労・育児等のため介護が難しい。 <input type="checkbox"/> 他にも介護をしなければならない家族がいる。 <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により、在宅での介護が困難である。 <input type="checkbox"/> 病院や他の施設から退所を求められている。 <input type="checkbox"/> 介護保険の在宅サービス利用限度を超えるなど、費用負担が困難である。 <input type="checkbox"/> その他 (介護で困っていることがありましたら、お書き下さい) | | | | | | |
| 認知症の症状 | <input type="checkbox"/> 認知症(ぼけ症状) あり ⇒ 以下の当てはまる項目に、レ印を付けて下さい。 <input type="checkbox"/> 認知症(") なし | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 自分で物をしまい無くしたり、誰かに物を盗られるような妄想がある。 <input type="checkbox"/> 金銭の勘定が出来なくなった <input type="checkbox"/> 自分の部屋や便所の場所が判らないなど、家のなかで迷う。 <input type="checkbox"/> 電話や留守番での受け答えが出来なくなった <input type="checkbox"/> 夜間眠らない <input type="checkbox"/> 鍋を焦がすなど、火の不始末がある。 <input type="checkbox"/> 家の外をさまよい歩く <input type="checkbox"/> 家族(介護者)への暴言や抵抗がある <input type="checkbox"/> 意味不明の言動がある <input type="checkbox"/> 奇声を上げる <input type="checkbox"/> 大便をいじる <input type="checkbox"/> 便所以外の場所で放尿する <input type="checkbox"/> ひんぱんに服を脱ぐ <input type="checkbox"/> 意思の疎通が困難 <input type="checkbox"/> 同じ事を何度も言う <input type="checkbox"/> 食べ物以外を食べる <input type="checkbox"/> その他の症状 (以下にお書き下さい) | | | | | | |
| 身体の状況 | <日常生活> * 次のア～エのうち、ほぼ当てはまるものに、1つ ○印を付けて下さい。 ア 身の回りのことは大体自分で出来て、1人で隣近所へ外出できる イ 家の中では寝たり起きたり自力で過ごせるが、外出時には介助が必要。 ウ ベッド上で過ごすことが多いが、移動に車イスを使用できる。 (車イスで座る姿勢が保てる) エ 1日中ベッド上で過ごし、自分では身動き出来ず、全てに介助が必要。 | | | | | | |

