

# あゆみえん利用希望申請書

各項目に記入とチェックをして下さい

フリガナ 申込者	ご本人との関係		配偶者 子 ( ) その他 ( )	計
申込者ご住所	〒		電話番号 自宅 携帯	
フリガナ 入所申込者	被保険者番号		生年月日 年 月 日 明大昭 満 歳	本人
住所	〒		電話番号 自宅 携帯	
要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 介護保険者証の写しを添付して下さい。 要介護1・2の場合は「特例入所に関する事由」にご記入下さい。			介護者
年金収入等	<input type="checkbox"/> 国民 <input type="checkbox"/> 厚生 <input type="checkbox"/> 厚生(遺族) <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> その他( ) 年額( )			
健康保険	<input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> その他( )			住居
同居者について	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> ご夫婦のみ(お相手の年齢 歳) <input type="checkbox"/> ご夫婦以外に同居者がいる			
介護者について	・介護する方は、 <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない ・主に介護する方は、 <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病弱 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 障害がある ・主に介護する方は、 <input type="checkbox"/> 就労中 <input type="checkbox"/> 働いていない			
介護を手伝う方について	・介護を手伝う方、 <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない 手伝う方がいる場合、その方は <input type="checkbox"/> 親族 <input type="checkbox"/> 近所の方 <input type="checkbox"/> その他( )			
住居について (介護をする上での住宅の問題について)	・今のお住まいは、 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅以外 自宅以外にお住まいの方は、戻る自宅が <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 立ち退きを求められている <input type="checkbox"/> 家屋の老朽化が著しい <input type="checkbox"/> エレベーターのない集合住宅の2階以上に住んでいる <input type="checkbox"/> 自分の部屋がない <input type="checkbox"/> 自分の部屋とは別の階にトイレや風呂がある <input type="checkbox"/> 立ち退きを求められている <input type="checkbox"/> 家屋の老朽化が著しい			
医療行為	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> 酸素 <input type="checkbox"/> ストマ			

その他当てはまるもの

認知症診断	<input type="checkbox"/> 診断なし <input type="checkbox"/> 診断あり ( 診断名 )			加算
問題行動	物を盗られたなどと被害的になることが	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある		
	夜間に不眠あるいは昼夜の逆転が	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある		
	暴言や暴行が	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある		
	大声を出すことが	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある		
	一人で外に出たがり目が離せないことが	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある		
	火の始末や火元の管理ができないことが	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある		
	不潔な行為を行う事(排泄物を弄ぶ)が	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある		
	食べられないものを口に入れることが	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある		
特記事項 ( その他気になる点があればご記入下さい )				

現在受けている介護や治療の様子

ご自宅以外での介護や療養	・現在おられるのは、 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム <input type="checkbox"/> ケアハウス <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> その他( ) 施設の名称 _____ 施設の住所 _____ 施設の電話 _____ 入所・入院開始日 年 月 日 ~
在宅サービスについて	・在宅サービスは、 <input type="checkbox"/> 使っている <input type="checkbox"/> 使っていない ・今後の利用は、 <input type="checkbox"/> 今のままでよい <input type="checkbox"/> もっと増やしたい <input type="checkbox"/> サービスを改善したい(具体的に ) ・担当ケアマネージャー _____ 事業所名 _____ 事業所連絡先 _____

特例入所に関する事由(要介護1・2の場合はご記入下さい)

特例入所の要件	<input type="checkbox"/> 認知症である者であって、日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られること <input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られること <input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難であること <input type="checkbox"/> 単身世帯である、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ず、地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分であること
所見欄	具体的な状況を記載して下さい。

特別養護老人ホームあゆみえん 施設長 様

私は貴施設に入所に関する方法や手続きについて説明を受けました。この申込書にある内容を保険者・在宅介護支援センター・指定するケアマネージャーへ提供することに同意します。

平成 年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_ 印