

事業所名： \_\_\_\_\_

受付日 年 月 日

## 認知症対応型共同生活介護事業所 入所申込書

入居申込み日 平成 年 月 日

申込者氏名	(ふりがな) _____	印	関 係	
住 所	〒 _____			
連絡先	自 宅	_____	携帯電話	_____
	勤務先	_____	名 称	_____

本人状況	氏 名	(ふりがな) _____	性別	_____	生年月日	年 月 日	
	住 所	〒 _____					
	介護保険	要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <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 <input type="checkbox"/> 区分変更中 <input type="checkbox"/> 未申請				
		有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日				
	担当介護支援専門員	事業所名	_____	担当者	_____		
	認知症診断	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		診断名	_____		
		診断者	病院名	_____		診断医師名	
現 状	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 夫婦2人暮らし(高齢者世帯) <input type="checkbox"/> 家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 施設で暮らしている(施設名) ( _____ ) <input type="checkbox"/> デイサービスを使っている ( 週 _____ 回 ) <input type="checkbox"/> 訪問介護を使っている ( 週 _____ 回 ) <input type="checkbox"/> 小規模多機能を使っている ( 週 _____ 回 ) <input type="checkbox"/> ショートステイを使っている ( 週 _____ 回 ) <input type="checkbox"/> その他 ( _____ ) ( 週 _____ 回 )						
申込み理由	_____						

入居に係る情報収集について、同意します。

平成 年 月 日

申込み者 \_\_\_\_\_

印

入居希望者 \_\_\_\_\_

印

ご本人の状態	認知症状	物忘れ	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ない
		徘徊	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ない
		暴言・暴力	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ない
		幻覚・幻視	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ない
		不潔行為	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ない
		被害妄想	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ない
		介護拒否	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ない
		昼夜逆転	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ない
		異食	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ない
		収集癖	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ない
		対応で困っている事			
	身体状況	食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 何らかの介助が必要	
排泄		<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 何らかの介助が必要		
入浴		<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 何らかの介助が必要だが、自宅で入浴している		<input type="checkbox"/> 自宅以外で入浴
移動		<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 福祉用品を使いながら自立		<input type="checkbox"/> 何らかの介助が必要 ( <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす)
医療行為	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> たん吸引 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 血糖値測定、インスリン注射 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> その他				

入居意向	<input type="checkbox"/> 可能な限り、早く入居したい
	<input type="checkbox"/> 将来的な入所にための申込みで、現時点で入居は考えていない。
	ご要望などございましたら、ご記入して下さい