

## 入所サービス利用申請書の記入について

1. 申請書の記入（ご家族アンケート 1～3）
2. 健康診断書（血液検査・心電図・レントゲン・感染症・体重・身長）  
※上記内容が確認出来れば、書式の指定はございません。

以下の書類と一緒に申請書を提出して下さい。

- 介護保険被保険者証のコピー
- 介護保険負担割合証のコピー
- 介護保険負担限度額認定証のコピー（お持ちの方のみ）



上記、書類提出の際には当施設でのコピー使用は可能です。

※ご不明な点は相談員まで、お気軽にお問い合わせ下さい。（☎ 042-597-5711）

### 3. 今後（ご入所）までの流れ

お申込み	申請書、健康診断書、上記の書類を預かります。
判定会議	各職種（医師・看護師・リハビリ・栄養士・介護職員）の参加のもと、検討します。
結果の報告	判定会議の結果をお知らせします。
契約	判定会議の結果に基づき、入所日のご相談をさせていただきます。 施設内で契約を行い、利用方法と持ち物などの詳しい説明があります。
利用開始	入所当日はご家族同伴でお願いします。

### 4. 介護保険負担限度額認定制度について

- ・ 介護保険負担限度額認定とは市民税非課税で、介護保険施設に入所を利用された時の食費及び居住費について減額をする制度です。
- ・ 各保険者（区市町村）に申請すると、条件を満たしていれば認定され、1段階から第4段階（非該当）に分かれます。
- ・ 各発行は保険者になりますので、詳しくは各保険者（区市町村）にご相談ください。

介護老人保健施設 ファミリート日の出

スタッフ一同、心よりお待ちしております！

# ファミリーート日の出 利用申請書 入 所

申請日 令和 年 月 日

受付者

相談受付 No.

フリガナ			男・女	血液型	生年月日
利用者の氏名	様		型	大・昭	年 月 日 ( 歳 )
利用者の住所	〒 ー TEL				
フリガナ	利用者との続柄				
申請者の氏名	様				
申請者の住所	〒 ー TEL ..... 携帯 .....				
申請の理由	1. 退院後の生活リハビリ 2. 介護者の休養 3. 特養の待機 4. その他 ( )				
緊 急 連 絡 先	①	氏名(続柄)	TEL	家族構成	男性→□ 女性→○(本人は2重) 夫婦→= 親子→I 死亡→■●
			携帯		
		会社			
	住所				
②	氏名(続柄)	TEL			
		携帯			
		会社			
住所					
主治医	病院名			担当医師名 先生	
介護保険	要介護区分	要介護 1・2・3・4・5			
		認定月日	令和	年	月 日
		認定期間	令和	年	月 日 より
			令和	年	月 日 まで
	ケアプラン作成事業者名				担当ケアマネ 様
	TEL:				FAX:

※施設記入欄

健康診断		介護保険証		割合証		減額証		薬情報	
有	無	有	無	有	無	有	無	有	無

## ご家族用アンケート1

▼今回、施設入所を検討するようになるまでの経緯を簡単に教えてください。


▼介護認定を受けるまでの生活歴(出身地・職歴・活動歴等)を分かる範囲で教えてください。


▼当施設を退所した後のご予定について、当てはまる箇所に○を付けてください。

1. 自宅(独居・同居)      いつ頃予定していますか? (                    )
2. 特別養護老人ホーム      申請済の施設名を教えてください。 (                    )
3. その他入居施設      具体的な希望はありますか? (                    )
4. 検討中

## ご家族用アンケート2

入所希望者氏名 \_\_\_\_\_

記入者 \_\_\_\_\_

(続柄 \_\_\_\_\_)

▼下記の事柄について、当てはまる箇所に○をお願い致します。

項目	内容				備考	
食 事	一人で食べられる ・ 一部介助が必要 ・ 全介助が必要 ・ (胃瘻・鼻腔) 栄養					
	内容	一般食 ・ 治療食(糖尿 kcal ・ 減塩 g ・ 腎臓 ・ その他) 【主 食】 米飯 ・ 全粥 ・ おにぎり ・ ミキサー ・ その他( ) 【副 食】 常菜 ・ 大刻み ・ 刻み ・ 極刻み ・ ミキサー				
		トロミ	あり ・ なし	アレルギー	あり( ) ・ なし	
		むせこみ	あり ・ なし	介助食器	あり ・ なし	
	方法	箸 ・ スプーン ・ フォーク	義歯	あり ・ なし		
寝返り	一人でできる ・ つかまるものがあればできる ・ できない					
起き上がり	一人でできる ・ つかまるものがあればできる ・ できない					
移 動	歩 行	歩ける ・ 見守り ・ 手引き等にて歩ける ・ 歩けない		装具	あり ・ なし	
		用具	杖 ・ 歩行器 ・ シルバーカー ・ 車椅子 ・ その他( )			
	車椅子	操作できる ・ 一部介助が必要 ・ できない				
		(ベッドからの移乗が) できる ・ 見守り ・ 一部介助が必要 ・ できない				
		できる ・ 支えがあればできる ・ できない				
立位	できる ・ 何かにつかまればできる ・ 一部介助でできる ・ できない					
排 泄	尿意	あり ・ なし	便意	あり ・ なし		
	できる ・ 見守りが必要 ・ 一部介助が必要 ・ 全介助					
	布パンツ ・ リハビリパンツ ・ オムツ ・ パット (あり ・ なし)					
	用具	トイレ ・ ポータブルトイレ ・ 尿器 ・ バルーン ・ ストーマ				
入 浴	一人で入れる ・ 見守りが必要 ・ 一部介助が必要 ・ 全介助が必要					
	一般浴 ・ 機械浴 ・ シャワー浴 ・ 清拭のみ					
整 容	歯磨き	できる ・ 見守り ・ 介助	義歯管理	できる ・ 介助		
	洗面	できる ・ 介助	髭剃り	できる ・ 介助		
	爪切り	できる ・ 介助	整髪	できる ・ 介助		
更 衣	一人でできる ・ 見守り声かけが必要 ・ 介助が必要					
視 力	見える ・ ろうじて見える ・ 見えない (両 ・ 右 ・ 左) ・ 疾患名( )					
聴 力	よく聞こえる ・ やや聞こえが悪い ・ ほとんど聞こえない		補聴器	あり ・ なし		
意 思	伝えられる ・ ろうじて伝えられる ・ 伝えられない (伝えられない理由 : )					
その他	飲酒	する ・ しない	喫煙	する (1日 本) ・ しない		
	薬の管理	できる ・ できない	金品の管理	できる ・ できない		

## ご家族用アンケート 3

入所希望者氏名 \_\_\_\_\_

記入者 \_\_\_\_\_

(続柄 \_\_\_\_\_)

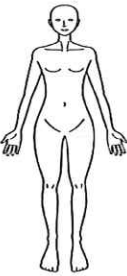
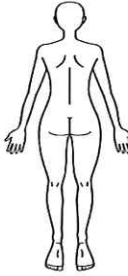

▼下記の事柄について、当てはまる箇所に○をお願い致します。

No.	質問内容	いつも	時々	非該当
1	何でも見ると口に入れようとする。			
2	物を片付けたり、しまったことを忘れて無くしてしまう。			
3	日中はベッド等でまどろんで、ほとんど寝ている。			
4	夜間目が覚めて動き回る。			
5	不意に笑ったり、奇声を上げたり、怒り出したりと感情の変化が激しい。			
6	日夜を問わず一人でどこかへ行ってしまい、帰って来れなくなることがある。			
7	同じ動作や話を何度も繰り返す。			
8	以前より乱暴な言葉遣いをするようになった。			
9	他人に手を挙げたりする。			
10	世話をされることを嫌がり、怒ったり、手を払いのけたりして抵抗する。			
11	何でも集めて来て、隠したり他人に触れさせようとしない。			
12	落ち着きなく手足を動かしたり、身体を揺すっている。			
13	他人の注意や言動を聞かず、よく転んだり怪我をする。			
14	お金や何かについていつも関心を寄せたり、こだわりが強い。			
15	食事中に食べ物を口から出したり、なかなか飲み込めず食時が進まない。			
16	物を壊したり、衣服を破いたり、何でも捨ててしまう。			
17	自分で言ったことや聞いたことを忘れて、なかなか認めようとしない。			
18	関心が薄れたり、活気がなかったり、声をかけても反応が鈍い。			
19	自分が何処にいるのかわからない。			
20	トイレやベッドの位置がわからない。			
21	食事したことや、今何をしていたかを尋ねても答えられない。			
22	自分の家族と他人の区別がつかない。			
23	物の名前が口から出てこない。			
24	独り言や見えない人に話しかけていることがある。			
25	物を盗まれたとか、何かされたと訴える。			
26	身近な人に対する悪口や不信感を訴える。			
27	自分の名前や年齢を間違える。			

▼その他、日常生活の中で介護していて困る言動・行動がありましたら、ご記入下さい。

.....
.....
.....
.....

# 健康状態調査票

フリガナ			男 ・ 女	生年月日		
氏名	様			大・昭 年 月 日 ( 歳)		
住所						
現病名						
合併症						
既往歴						
身長	cm	体 重	kg	血 圧	mmHg	
意識障害	無・有 ( )		経口摂取	可・不可(経管栄養・DIV・その他)		
障 害	言語・視力・聴力・特記事項なし		皮膚の状態	普通・湿疹・発疹・疥癬		
関節拘縮	無・有 (部位 )		浮腫	無・有 (部位 )		
麻痺 (有・無)		褥瘡 (有・無)		撮影月日： 年 月 日		
						
				結核性所見 (有・無)		
日常生活活動 (ADL) の状況 (該当するものに○)						
■移動 (自立・一部介助・全面介助) ■排泄 (自立・一部介助・全面介助) ■着替 (自立・一部介助・全面介助)			■食事 (自立・一部介助・全面介助) ■入浴 (自立・一部介助・全面介助) ■整容 (自立・一部介助・全面介助)			
障害高齢者の日常生活自立度			<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2			
認知症高齢者の日常生活自立度			<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M			
ECG	MRSA		HbA1c		アルブミン値	
血液検査	GOT	GPT	γ-GTP	Na	K	
	C <sub>0</sub>	BUN	UA	Creat.	FBS	
	WBC	RBC	Hb	Ht	PLT	
	HBS (抗原 -・+) (抗体 -・+)			HCV ( )	CRP	
	梅毒 ガラス板 ( )			TPHA ( )		
尿検査	タンパク (-・+)		糖 (-・+)		潜血 (-・+)	
服用中の薬						
令和 年 月 日						
医療機関 医 師 <span style="float: right;">(印)</span>						