

地域密着型認知症対応共同生活介護施設「フルーレ指扇」入居申込書

令和 年 月 日

地域密着型認知症対応共同生活介護施設 フルーレ指扇

施設長様

申込者（本人又は代理人）

住所	〒		
氏名	(印)	続柄	
電話番号	()		

本人の状況	氏名		男・女	生年 月 日	明・大・昭 年 月 日 (歳)
	住所	〒			要介護度
	介護保険負担限度額認定	第2段階 ・ 第3段階 ・ 第4段階			介護負担割合 1割 ・ 2割 ・ 3割
	現在使用している 在宅サービス	1 訪問介護 () 2 訪問入浴介護 () 3 訪問看護 () 4 訪問リハビリ () 5 デイサービス () 6 通所リハビリ () 7 短期入所生活介護 () 8 短期入所療養介護 () 9 福祉用具のレンタル () 10 その他 ()			
		入所希望理由	1 介護者がいない為 () 2 介護者がいるが障害や疾病の為、介護が困難 () 3 介護者が高齢の為 () 4 介護者が就業している為 () 5 介護者が育児又は家族が病気の状況にあり介護が困難 () 6 介護保険施設に入所しているが退所を迫られている為 ()		

介 護 者 の 状 況	主たる介護者	氏 名		性 別	男 ・ 女
				続 柄	
		生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)		
		同居区分	同居 ・ 別居		
		就労状況	有 (常勤 ・ パート) ・ 無		
		育児状況	有 (人 歳) ・ 無		
		健康状況	良好 ・ 不良 ()		
	家族の健康状況	良好 ・ 不良 ()			
	従たる介護者	氏 名		性 別	男 ・ 女
				続 柄	
同居区分		同居 ・ 別居			
	介護の可能性	介護困難 ・ 多少介護可能 ・ 介護可能			
介 護 期 間	年 月より				
そ の 他	入所希望時期	1 今すぐ入所を希望している 2 年 月頃までには入所したい			
	申込み状況	1 当該施設のための申込み 2 他の施設に申し込んでいる 施設名： 所在地：			
	年金の種類及び額	1 国民年金 () 2 厚生年金 () 3 共済年金 () 4 その他 ()			
	身体障害者手帳の有無	級 種 手帳番号 交付年月			
説 明 確 認	<p>私は入所申込の際、入所決定の手続き及び入所の必要性を評価する基準等について確認の上同意いたしました。</p> <p><input type="checkbox"/> フルーレ指扇入居申込書提出にあたり、本人の健康状態、施設の人員など受け入れ体制により必ずしも「フルーレ指扇」への入居を確約するものないことに同意します。</p> <p>※上記説明文に同意の上、左側の口欄にチェックを入れ下記へご記入・ご捺印をお願いします。</p> <p>令和 年 月 日 氏 名 (印)</p>				

- * 介護保険被保険者証（写）を添付して下さい。
- * 現在使用している在宅サービスの状況の（ ）内には、具体的内容を記入して下さい。
- * 入所を希望する理由の（ ）内には、具体的理由を記入して下さい。
- * 申込を辞退する場合、又は申込内容に変更が生じた場合には、施設に連絡して下さい。

状 況 確 認 表

令和 年 月 日 現在

お名前				男・女	生年月日 年 月 日 (歳)			
現在の生活場所						要介護度		
ご家族氏名				続 柄		Tel		
ご家族住所			〒					
医務 看護 関係	既往歴							
	現病歴							
	主治医							
身体 状況	身長	cm	体重	kg	視力	普 ・ 弱 ・ 全盲	聴力	普 ・ 難 ・ 聾
	発語	普・やや普・不自由		床ず れ	有り (場所)_____			・ 無
	オムツ	有 (常時 ・ 夜のみ) ・ 無						
	上半身の状態							
	下半身の状態							
	むくみ	有り (場所)_____		・ 無		皮膚の疾患状態 ()		
日常 生活	歩行	自立 ・ 一部介助 ・ 車椅子			排泄	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助		
	食事	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助			入浴	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助		
	着脱	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助			徘徊	有 ・ 無		
認知症等による不適応行動			有 () ・ 無					
性格			対人関係	拒否的 ・ 親しみやすい ・ 協調的				
精神状態	正常 ・ 障害有り (ご様子)							
問題となる行動等								
ご生活上の注意すべき点								
その他								

* おわかりになる範囲で結構です。よろしくお願いいたします。

* 項目には丸印をお付けください。