

グリーンクリスタル入居申込書

受付日	年 月 日
受付者	

■利用希望者■

ふりがな		男	生年月日
氏名		・	明・大・昭 年 月 日生
住所	〒	女	歳
			TEL

介護保険	被保険者番号		保険者(市町村名)	
	介護度	要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5 申請中		
	認定期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
生活保護	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	身体障害者手帳	種 級(障害名)	

居宅介護支援事業者	事業者名		担当者	
	所在地		TEL	

■現在の様子■

現在介護を受けている場所	1. 在宅 (独居 ・ 配偶者 ・ 家族 ・ その他) 2. 病院 () 入院期間 (年 月 日 ~) 入院理由・傷病名 () 3. 施設 ()			
主たる介護者の状況	ふりがな		年齢	本人からみた続柄 () 同別居 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/>
	氏名			
	住所			
主たる介護者以外の家族状況				
現在の介護の状況				
入居を希望する理由	<input type="checkbox"/> 介護者がいないため <input type="checkbox"/> 介護者が高齢、障害、疾病により介護が困難のため <input type="checkbox"/> 介護者が就労・育児により介護が困難のため <input type="checkbox"/> 介護者が不在の時があり不安を抱えている <input type="checkbox"/> 介護者の身体的・精神的負担が過大のため <input type="checkbox"/> いずれ入居が必要となると見込まれるため <input type="checkbox"/> 現在の入院先や入所先施設からの退院(退所)の必要があり、在宅生活が困難と見込まれるため (年 月 日頃 退院(退所) 予定) <input type="checkbox"/> その他 ()			
入居希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入居を希望する <input type="checkbox"/> 年 月頃までの入居を希望する			
短期利用の希望	短期利用が可能の時の連絡を <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない			

■健康の状態■

今までの主な病気（既往歴）	いつ頃	現在の病気・治療中の病気	飲んでいるお薬
主治医 医療機関名		担当医師名	

■身体の状態■

身長	cm	体重	kg
日常生活動作及び身体の状態			特記事項
見る	1. 見える 2. 目の前の物が見える 3. ほとんど見えない		
聞く	1. 聞える 2. 大きな声なら聞える 3. ほとんど聞えない		
会話	1. 普通にできる 2. 言語障害あり 3. 返事のみ 4. できない（意思疎通 可・場合により可・不可）		
食事	1. 自分で可 2. 一部介助が必要 3. すべて介助が必要 ※食事の形態 主食（普通食・粥食・ミキサー食） 副菜（普通食・軟菜・きざみ・ミキサー） その他 経管栄養（鼻腔・胃ろう）		
排泄	1. 普通にできる 2. 一部介助が必要 3. すべて介助が必要 ※ トイレ・ポータブルトイレ・尿便器・オムツ・安心パンツ リハビリパンツ・カテーテル・人工肛門		
移動	1. 歩ける 2. 何かを使用すればできる 3. 歩けない ※補助具の種類（杖・歩行器・シルバーカー・介助） ※車椅子の使用（有・無）（自走・電動・介助）		
入浴	1. 自分で可能 2. 一部介助が必要 3. すべてに介助が必要		
更衣	1. 自分で可能 2. 一部介助が必要 3. すべてに介助が必要		
麻痺等の有無	無 ・ 有（ ）		
関節の拘縮	無 ・ 有（ ）		

■認知症の状態■

認知症の診断を受けましたか	1. 受けた（医療機関名 時期） （診断名） 2. 受けていない
<p>どのような症状がありますか（該当するものに○をしてください）</p> <p>1. 記憶の混乱（すぐ忘れる・覚えられない・思い出せない） 2. 場所がわからなくなる 3. 時間がわからなくなる 3. 人がわからない 4. 理解できないことが増えた 5. 判断力が低下した 6. 物事の順序がわからない （具体的にどんな様子ですか）</p> <p>その他の症状はありますか（該当するものに○をしてください）</p> <p>1. 外へ出て行って帰ってこられない 2. 物を盗られたと言う 3. 夜眠れない 4. 作り話が多くなった 5. 興奮状態 6. 抑うつ状態 7. 妄想や幻覚がある 8. 暴力行為がある 9. 介護拒否する （具体的にどのような様子が見られますか・その他に気になる症状はありますか）</p> <p>その他（介護されていてご苦労されている点、今後の生活の不安な点など自由にお書き下さい）</p>	

◇申込者◇

氏名	続柄	連絡先	昼間 TEL
住所			夜間 TEL