

管理者	受付者

社会福祉法人 心愛会 地域密着型サービス事業所

ハーモニー松長(認知症対応型共同生活介護) 入居申込書

申 込 日	年 月 日	受 付 日	年 月 日
住 所	〒		
電 話	()	携帯電話	()
申込者氏名	Ⓜ	続 柄	
入所対象者本人の同意の有無		有	無

※原則として入所申込者は本人及び家族又は代理人となります。

※今後の連絡先とさせていただきます。

貴施設に入所したいので、次のとおり申し込みます。

入所対象者の状況	フリガナ		性 別	男 女
	氏 名		生年月日	M T S 年 月 日
	介護保険被保険者番号		保 険 者	
	要 介 護 度		保険者番号	
	要介護認定期間	年 月 日から 年 月 日まで	現住所	〒
	連 絡 先	電話 () / 携帯電話 ()		
現 況	<input type="checkbox"/> 単身世帯 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 家族と同居 () <input type="checkbox"/> 介護保険施設や病院等に入所(院)中 <input checked="" type="checkbox"/> 施設(病院)名称 () <input checked="" type="checkbox"/> 入所(院)の時期 (年 月 日から) <input type="checkbox"/> 居宅介護サービス利用中 <input checked="" type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 () <input checked="" type="checkbox"/> 担当ケアマネージャー ()			
主たる介護者	フリガナ		性 別	男 女
	氏 名		生年月日	M T S 年 月 日
	本人との関係		同居の別	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
	現 住 所	〒		
	連 絡 先	電話 () / 携帯電話 ()		
介護者の意見 (介護の困難事由)				
身元引受人	フリガナ		性 別	男 女
	氏 名		生年月日	M T S 年 月 日
	連絡先(電話)		同居の別	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
	現 住 所	〒		
申込状況	<input type="checkbox"/> 当施設にのみ申し込む <input type="checkbox"/> 他の施設に申し込んでいる、今後申し込む予定 <input checked="" type="checkbox"/> 施設名 : <input checked="" type="checkbox"/> 施設名 : <input checked="" type="checkbox"/> 施設名 : <input checked="" type="checkbox"/> 施設名 :			
同意欄	<p>以上は、地域密着型サービス事業所 ハーモニー松長(認知症対応型共同生活介護)の利用に関する説明を書面により受け、同意の上、申込みを行ったものです。</p> <p>また、入所検討委員会における検討資料作成のため介護支援専門員等による調査の受入や、保険者・居宅介護支援事業者等介護保険事業者からサービス利用票等の写しを徴することに同意します。</p> <p style="text-align: right;">本 人 Ⓜ</p> <p style="text-align: right;">家族(又は代理人) Ⓜ</p>			

※申込の際には、介護保険被保険者証(写)、後期高齢者医療被保険者証(写)を添付してください。

※在宅サービスをご利用中の方は、サービス提供表と別表も添付してください。

認知症対応型共同生活介護「ハーモニー松長」個別状況調査票

入居対象者氏名		被保険者番号	
今回調査日	年 月 日	前回調査日	年 月 日

担当介護支援専門員		申込者氏名	
居宅介護支援事業所名		本人との関係	
		電話	
要介護度		FAX	
認知症の状況及び頻度			
入所希望の背景(該当するもの全てを選択)	<input type="checkbox"/> 単身世帯、高齢者世帯等であり家族等の介護者がいない () <input type="checkbox"/> 主介護者が障害・疾病・高齢の状況にある () <input type="checkbox"/> 主介護者が育児、家族の看病等を行っている () <input type="checkbox"/> 主介護者が複数の家族等を介護している () <input type="checkbox"/> 主介護者が就労しており介護が困難/ 介護により生計維持者の就労が困難 () <input type="checkbox"/> 同居家族や別居血縁者等による介護への協力がない () <input type="checkbox"/> 主介護者や家族等による介護放棄、虐待の危険性がある () <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難である () <input type="checkbox"/> 介護保険施設、病院等に入院(入所)しているが、退所(退院)の求めがある <input type="checkbox"/> その他		
居宅サービスの利用状況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ <input type="checkbox"/> 単位数の80%以上の利用 <input type="checkbox"/> 単位数の50%以上 80%未満の利用 <input type="checkbox"/> 単位数の50%未満の利用 ◆ 経済的事由による利用制限の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
居宅サービスの利用状況	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> デイサービス・デイケア(1週間に 回) ●訪問介護(1週間に 回) <input type="checkbox"/> 有 ⇒ ●ショートステイ(1か月 回) ●その他()		
医療の状況	◆ 既往症の有無 <input type="checkbox"/> 無 () <input type="checkbox"/> 有 ⇒ () ◆ 特記事項 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> その他 ◆ 通院の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()		
機能回復訓練の必要性			

(注) ・既往症の有無では、感染症疾患やその完治の状態も併せて調査すること。
 ・機能回復訓練の必要性では、どの程度の訓練を求めているか、あるいは必要かを記載すること。
 ・居宅サービス利用票及び別表(写)を添付すること。