

コスモ・アンシア入所申込書

申込日	平成	年	月	日
受付日	平成	年	月	日
受付者			受付番号	

入所を希望するので、下記のとおり申込みます。

申込者	氏名				<input type="checkbox"/> 本人(入居者) <input type="checkbox"/> 代理人(続柄:)	
	住所	〒				
	TEL	(自宅) (携帯番号)				

本人の状況	ふりがな				保険者番号				1	9	2	0	1	3		
	氏名				介護保険被保険者番号											
	生年月日	M	T	S	年	月	日	要介護度	1	2	3	4	5			
	年齢	満	歳	性別	男	女	要介護	平成	年	月	日	から				
	自宅	(申込者と同じ場合記入不要)						認定期間	平成	年	月	日	まで			
	住所	〒														
	TEL	(自宅) (携帯)														
	現在の居住地	<input type="checkbox"/> 自宅で単身 <input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯 <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 他の施設や病院に入っている 「施設や病院等に入っている方」は記入してください。 ◇施設名又は病院名: _____ ◇入所又は入院時期: 平成 年 月から入所・入院している。														
	入所申込理由	A:介護者の状態によるもの <input type="checkbox"/> 介護する者が全く居ないため <input type="checkbox"/> 介護する者が遠方に居住するか又は長期入院中で十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」、「障害」、「疾病」、等により十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者が複数の要介護者に介護又は育児を提供しなければならず、十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者が就労していることから、(昼間独居となり常時の)十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護ができないため B:居住環境の事情によるもの <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 住居がない又は立ち退きを求められている <input type="checkbox"/> 借家等のため本人に適した住宅改修ができない <input type="checkbox"/> 住居の構造上支障がある <input type="checkbox"/> その他() C:その他の事由によるもの <input type="checkbox"/> 経済的負担が大きいため <input type="checkbox"/> その他()														
	本人の入所意向	<input type="checkbox"/> 入所を希望している <input type="checkbox"/> 納得している <input type="checkbox"/> 迷っている <input type="checkbox"/> 拒否している <input type="checkbox"/> 知らせていない <input type="checkbox"/> 認知力低下により理解困難														
	居宅介護支援の状況	事業所名				担当ケアマネージャー										
	在宅サービス限度額割合	<input type="checkbox"/> 30%未満 <input type="checkbox"/> 30～49% <input type="checkbox"/> 50～59% <input type="checkbox"/> 60%以上														
	申込日前月に利用したサービス(月分)	訪問介護	回/月		訪問入浴	回/月		訪問介護	回/月		訪問介護	回/月		訪問介護	回/月	
		訪問リハビリ	回/月		通所介護	回/月		通所リハビリ	回/月		通所リハビリ	回/月		通所リハビリ	回/月	
		福祉用具貸与	品目		短期入所生活介護	回/月										

医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インスリン自己注射 <input type="checkbox"/> ストーマ(人工肛門)処置 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> その他()
	現在治療中の病名() 受診している医療機関名() 【特記事項】
問題行動の状況	※頻度について該当数字に○をつけてください。1. ほぼ毎日 2. 週3～4回程度 3. 週1～2回程度 4. 月に数回程度 <input type="checkbox"/> 徘徊 1・2・3・4 <input type="checkbox"/> 自傷行為 1・2・3・4 <input type="checkbox"/> 異食行動 1・2・3・4 <input type="checkbox"/> 不潔行為 1・2・3・4 <input type="checkbox"/> 暴力行為 1・2・3・4 <input type="checkbox"/> 火の不始末 1・2・3・4 <input type="checkbox"/> 不穏行動 1・2・3・4 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 1・2・3・4 <input type="checkbox"/> 被害妄想 1・2・3・4 <input type="checkbox"/> 該当なし 【特記事項】
	入所希望時期 <input type="checkbox"/> 早期希望(1～3か月) <input type="checkbox"/> 6か月 <input type="checkbox"/> 1年以内 <input type="checkbox"/> 1年以上()年以内
他施設への申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申込み <input type="checkbox"/> 他の施設(特養・老健・療養型・病院)にも申し込んでいる(予定も含む) () 箇所 既に申し込んでいる他の施設名() () () 今後申し込む予定の施設名() () () 特養待機期間(他施設も含む) 年 月
意見等 (入所を申し込みにあたり、特段の事情がある場合、困っていることなど)

同意欄	貴施設への入居申し込みにあたり、その手続きにて説明を受けました。つきましては、入所希望者本人の状況等について情報が必要な場合、保険者である市町村及び担当ケアマネージャーその他サービス提供事業者等に照会することに同意します。
	平成 年 月 日 氏名 ㊟