

特定非営利活動法人もちもちの木

入居申込書 兼 調査書 (□新規 □変更)

入居（待機登録）を希望されるすべての方にご記入いただきます。
要介護度や状態等が変わった場合、再度ご記入をお願いする場合がございます。

申込日	年 月 日	入居希望施設	G 土橋	G 古田
-----	-------	--------	------	------

申込者（連絡先）

申込書 記入者	氏 名		本人と の関係		電話	
主たる 介護者	氏 名		本人と の関係		電話	
	住 所					

利用希望者

ふりがな				男 ・ 女	生年 月日	年 月 日	満 歳
氏 名							
住 所					電 話		
被保険者 番号					認知症の有無 (有・無)	認知症の医師の診断 (有・無)	
要介護度	支2	介1	2	3	4	5	有効期間 ~
原爆被爆者 健康手帳	(有・無)	生活保護受給			(有・無)	生活課等の入居承認	(有・無)
利用を希望 する理由	<input type="checkbox"/> 本人が希望している <input type="checkbox"/> 家族が希望している (具体的に)						
現在の居住 場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 子どもの家 <input type="checkbox"/> 施設等 (名称) <input type="checkbox"/> 病院 (名称)						
同居の方 について	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> ご夫婦のみ (配偶者の年齢 歳) <input type="checkbox"/> ご夫婦以外に同居者がいる (本人を含め、同居の方全員の人数 人) <input type="checkbox"/> 同居の方で病気療養中の方や障害者がいる						
主に介護し ている方 について	主に介護する方は <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病弱 <input type="checkbox"/> 病気で治療中 <input type="checkbox"/> 障害がある 主に介護する方は <input type="checkbox"/> 働いている <input type="checkbox"/> 働いていない <input type="checkbox"/> 育児中						
主に介護し ている方 の負担感	<input type="checkbox"/> 本人と介護者の関係が良好でない <input type="checkbox"/> その他、介護で困っていることがある (具体的に)						

介護を手伝う方について	介護を手伝う方は <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない
その他本人に該当するもの	<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 大声や奇声 <input type="checkbox"/> その他の行為（具体的に _____） <input type="checkbox"/> 認知症以外に病気がある （具体的に _____）

ご本人の状況

移動	歩行 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> つかまり歩行 <input type="checkbox"/> 杖・歩行器使用 <input type="checkbox"/> 介助歩行 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他（ _____） ベッド動作 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
排泄	日中 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 夜間 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 排泄方法 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 紙パンツ・紙おむつ
食事	摂取状況 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 半介助 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 介助 嚥下障害 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 食事内容 <input type="checkbox"/> 一般食 <input type="checkbox"/> 刻み食 <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> その他（ _____）
清潔	口腔清潔 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 洗顔 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 整容 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
入浴	入浴 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
視覚	視覚 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> ほとんど見えない <input type="checkbox"/> 全盲
聴覚	聴覚 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや遠い <input type="checkbox"/> かなり遠い <input type="checkbox"/> 難聴

現在受けている介護や治療の様子について

ケアプランなどについて	ケアプランは <input type="checkbox"/> 作っている <input type="checkbox"/> 作っていない
	相談できるケアマネは <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない
現在使っている介護サービスについて （該当するものすべてにチェック）	ケアマネージャーの氏名 _____ 事業所名 _____ （ _____ ） 電話 _____
	施設系 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 療養型医療施設 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム <input type="checkbox"/> ケアハウス 在宅系 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> 小規模多機能 <input type="checkbox"/> 福祉用具 <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> その他（ _____）
通院・治療について	
その他 備考	

この利用申込書兼調査書の内容は、申込審査・入居決定後の対応以外には使用致しません。