

入所を希望する理由 ※該当するものをすべて選んでください	<input type="checkbox"/> 身寄りがなく介護者がいないため <input type="checkbox"/> 定期的な介護可能者が希望地の居住地と同一市町村及び隣接市町村外に住んでいる。 <input checked="" type="checkbox"/> 定期的な介護可能者が希望地の居住地と同一市町村及び隣接市町村内に住んでいる。			
	<input type="checkbox"/> 主介護者が病気等に長期入院等の状況により、事実上介護が不可能 <input type="checkbox"/> 主介護者が、要介護状態、病院療養中、障害をきたすなどの状況にあり、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 主介護者が、要支援状態、高齢等の状況にあり、十分な介護が困難 <input checked="" type="checkbox"/> 主介護者が、複数の介護や育児、または就業しているために十分な介護が困難 <input checked="" type="checkbox"/> 介護者の身体的・精神的負担が大きい <input type="checkbox"/> 病院や他施設等から退院・退所を求められているが、在宅での介護が困難 <input type="checkbox"/> 当該施設を退所して長期入院した後、退院することになったが、居宅での介護が困難 <input type="checkbox"/> その他（ ）			

家族の状況	氏名	続柄	年齢	職業	同居 別居 別	(別居の場合)	
	主介護者には□にチェック					住所	電話番号
<input type="checkbox"/>	筑波 太郎	長男	57	会社員	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	つくば市〇〇1-1-1	029-090-
<input checked="" type="checkbox"/>	幸子	長男の妻	55	会社員	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	同上	090-
<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		
<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		
<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		

身元引受人	氏名	続柄	住所	電話番号
	筑波 太郎	長男	つくば市〇〇1-1-1	029-090-


入所を希望する時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input checked="" type="checkbox"/> 26年10月頃までには入所したい
-----------	---

申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設にのみ申込 <input checked="" type="checkbox"/> 他の施設にも申込んでいる (他の施設名) <u>〇〇〇園</u>
------	---

特記事項	
------	--

在宅サービスの利用状況	居宅介護支援事業所名	〇〇〇事業所
	介護支援専門員氏名	〇〇 〇〇 連絡先 029-〇〇〇-xxxx
利用しているサービス	<input checked="" type="checkbox"/> 通所介護 (デイサービス) <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 短期入所介護 (ショートステイ) <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> その他 ()	

※介護保険証・直近3ヶ月のサービス利用票及び別表の写しを添付してください。

説明確認欄	私は、入所に関する方法や手続きについて、施設から説明を受けました。また、この申込書にある内容を保険者・在宅介護支援センター・指定するケアマネージャーへの提供することに同意します。 平成 15 年 3 月 10 日 氏名 <u>筑波 太郎</u> 
-------	--

つくばの杜 入所申込書（別表）
 （現在の状態についてできるだけ正確に記入してください）

行動について、あてはまる番号に一つだけ□内にチェックを付けてください。

ア. 物を盗られたなどと被害的になることが	<input type="checkbox"/> ない	<input checked="" type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある
イ. 作り話をし周囲に言いふらすことが	<input checked="" type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある
ウ. 実際にないものが見えたり、聞こえることが	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input checked="" type="checkbox"/> ある
エ. 泣いたり、笑ったりして感情が不安定になることが	<input checked="" type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある
オ. 夜間不眠あるいは昼夜逆転が	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input checked="" type="checkbox"/> ある
カ. 暴言や暴行が	<input type="checkbox"/> ない	<input checked="" type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある
キ. しつこく同じ話をしたり、不快な音を立てることが	<input checked="" type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある
ク. 大声を出すことが	<input type="checkbox"/> ない	<input checked="" type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある
ケ. 助言や介護に抵抗することが	<input type="checkbox"/> ない	<input checked="" type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある
コ. 目的もなく動き回ることが	<input checked="" type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある
サ. 「家に帰る」などと言い落ち着きがないことが	<input type="checkbox"/> ない	<input checked="" type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある
シ. 外出すると病院、施設、家などに一人で戻れなくなる	<input checked="" type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある
ス. 一人で外に出たがり目が離せないことが	<input checked="" type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある
セ. いろいろな物を集めたり、無断でもってくるものが	<input checked="" type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある
ソ. 火の不始末や火元の管理ができないことが	<input checked="" type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある
（入院中などで火の始末や火元の管理が必要としない場合は「ない」としててください）			
	<input checked="" type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある
タ. 物や衣類を壊したり、破いたりすることが	<input checked="" type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある
チ. 不潔な行為を行うことが	<input checked="" type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある
ツ. 食べられない物を口にすることが	<input checked="" type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある
テ. ひどい物忘れ（認知症状態の場合は「ない」としててください）	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input checked="" type="checkbox"/> ある
ト. その他			