

# 介護老人保健施設 ももたろう利用申込書

申し込み日: 令和 年 月 日

次のとおり介護老人保健施設ももたろうに入所を申込みます。

申込者氏名(代理人) \_\_\_\_\_ 印

ふりがな		性別		明治	大正	昭和	
利用者名		男 女	生年月日		年	月	日 ( 歳)
住所	〒		介護 保険	介護状態区分( 1 2 3 4 5 ) (新規申請中 区変中)			
TEL				認定日	令和	年	月 日
			認定期間	令和	年	月 日 ~ 令和	年 月
			保険者番号	被保険者番号			
医療保険	国保(本人・家族) ・ 社保 障害者有(種級) ・ 無 老人医療 ・ 後期高齢者医療 手帳 障害名( )			介護保険 負担限度額 認定	<input type="checkbox"/> 第1段階		
					<input type="checkbox"/> 第2段階		
収入	国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 恩給 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他( ) 年額 約 円			<input type="checkbox"/> 第3段階①			
				<input type="checkbox"/> 第3段階②			

連絡先 ① 身元引受人	ふりがな		続柄	年齢	住所	〒	電話番号	
	氏名						自宅	
							携帯	
連絡先 ②	ふりがな		続柄	年齢	住所	〒	電話番号	
	氏名						自宅	
							携帯	
連絡先 ③	ふりがな		続柄	年齢	住所	〒	電話番号	
	氏名						自宅	
							携帯	
連絡先 ④	ふりがな		続柄	年齢	住所	〒	電話番号	
	氏名						自宅	
							携帯	

家族 構成	※男性→□ 女性→○ ご本人→◎ 同居→○で囲む 死去→黒塗り		例)ご本人女性、配偶者死去、子供は2人、長男家族と同居の場合	

退所後の予定	<input type="checkbox"/> 自宅 ・ <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム ・ <input type="checkbox"/> その他( )
他施設 申込	<input type="checkbox"/> 申込をしている( ) <input type="checkbox"/> 申込をしていない <input type="checkbox"/> 申込をする予定

担当ケアマネジャー	
支援事業所名	担当ケアマネ氏名

※ 介護保険・医療保険情報は保険証のコピーを添付あれば記入省略可能です。

※ 薬剤情報(お薬手帳など)ございましたらコピーを添付してください。

医療の 状況	<input type="checkbox"/> インスリン自己注射	<input type="checkbox"/> 酸素療法	<input type="checkbox"/> ストーマ(人工肛門)処置	
	<input type="checkbox"/> 尿カテーテル	<input type="checkbox"/> その他( )		
	受診している医療機関		主治医	定期通院の頻度 (例:1回/2か月)
病歴 入院歴 入所歴	期 間	病名/理由	医療機関名・施設名	

障害高齢者の日常生活自立度	※主治医意見書に沿ってチェックお願いいたします。(担当ケアマネ又は、市町村へお問い合わせください。)		
	<input type="checkbox"/> J 一部自立	何らかの障害を有するが、日常生活はほぼ自立しており自力で外出する。	
	<input type="checkbox"/> A 準寝たきり	屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない。	
	<input type="checkbox"/> B 寝たきり	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが、座位を保つ。	
	<input type="checkbox"/> C	1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替えにおいて介助を要する。	

認知症高齢者の日常生活自立度	※主治医意見書に沿ってチェックお願いいたします。(担当ケアマネ又は、市町村へお問い合わせください。)		
	<input type="checkbox"/> I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。	
	<input type="checkbox"/> II a	家庭外で日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。	
	<input type="checkbox"/> II b	家庭内で日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。	
	<input type="checkbox"/> III a	日中を中心に日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。	
	<input type="checkbox"/> III b	夜間を中心に日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。	
	<input type="checkbox"/> IV	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻回に見られ、常に介護を必要とする。	
<input type="checkbox"/> V	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。		

家族介護の状況 ・ 在宅介護が困難な理由等	複数選択可	<input type="checkbox"/>	介護する者がいないため
		<input type="checkbox"/>	介護する者が「高齢」「障がい」「疾病」により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
		<input type="checkbox"/>	介護する者が遠方に居住していることにより十分な介護ができないため
		<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"/>	施設や病院等から退所を求められているが自宅での介護が困難なため
		<input type="checkbox"/>	介護保険の居宅サービス給付の区分支給額を超えており、経済的負担が大きい
		<input type="checkbox"/>	その他

ご要望等	(お困りごとや施設へのご希望などございましたらご記入ください)
------	---------------------------------