

# L・ハーモニー石下入所申込書

申込日	
受付日	

施設長 殿

申込み代理人 (手続きを行った方)

フリガナ 氏名		続柄	
住所	〒 -	電話番号	

貴施設に入所したいので、次の通り申し込みます。

フリガナ 氏名		男・女	明治・大正・昭和 年 月 日 ( 歳)	
住所	〒 - 電話番号 ( )			
介護保険	被保険者番号	要介護度 1・2・3・4・5		
認定期間	年 月 日 ~ 年 月 日まで			
健康保険	種別	記号・年号		
年金等				
現状	<input type="checkbox"/> 自宅 ・ <input type="checkbox"/> 入院中 ・ <input type="checkbox"/> 入所中			
病院又は施設	名称			
住所		入院・入所期間	年 月 日 ~	
かかりつけ医療機関 (主治医)				
既往歴				
・				
現在治療中の疾患				
心  身  状  態	移動	<input type="checkbox"/> 歩行	<input type="checkbox"/> 杖・歩行器	<input type="checkbox"/> 車イス
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
		【おむつ使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜のみ		<input type="checkbox"/> 昼夜】
	食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
		【主食】	<input type="checkbox"/> ご飯	<input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> ペースト食
		【副食】	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ペースト食
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
着脱衣	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
視力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> あまりよく見えない	<input type="checkbox"/> ほとんど見えない	
聴力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 聞こえづらい	<input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない	
言葉	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 少し不自由	<input type="checkbox"/> 不自由	
麻痺	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり (左上肢・下肢 : 右上肢・下肢)		

問題行動	<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 不穏行動 <input type="checkbox"/> 自傷行為 <input type="checkbox"/> 独語 <input type="checkbox"/> 異食行為 <input type="checkbox"/> 介護拒否 <input type="checkbox"/> その他 ( )
医療状況	<input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 床ずれ <input type="checkbox"/> その他 ( )

入所を希望する理由	<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本人の居住地と同一市内及び近隣に住んでいない <input type="checkbox"/> 定期的な介護可能者が本人の居住地と同一市内及び近隣に住んでいる <input type="checkbox"/> 主介護者が病院等に長期入院中等の状況により、事実上介護が不可能 <input type="checkbox"/> 主介護者が要介護状態、病気療養中、障害を有するなどの状況にあり、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 type="checkbox"/> 主介護者が複数の介護や育児、又は就業しているため十分な介護が困難 <input 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在宅での介護が困難 <input type="checkbox"/> その他 ( )
-----------	--

※ 該当するものすべて選んでください。

家族の状況	氏名 (主介護者は チェック)	続柄	年齢	職業	同居 別居 の別	(別居の場合)	
						住所	電話番号
<input type="checkbox"/>					同・別		
<input type="checkbox"/>					同・別		
<input type="checkbox"/>					同・別		
<input type="checkbox"/>					同・別		
<input type="checkbox"/>					同・別		
身元 引受人	氏名	続柄	年齢	職業	住所	電話番号	
入所を希望する時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 年 月頃までには入所したい						
申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申込み <input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込んでいる						
	他の施設名称)						
担当ケア マネージャー	事業所名				連絡先		
	氏名						

## L・ハーモニー石下通所介護申込書

申込日	
受付日	

施設長 殿

申込み代理人 (手続きを行った方)

フリガナ 氏名		続柄	
住所	〒 ー		電話番号

貴施設の通所利用をしたいので、次の通り申し込みます。

フリガナ 氏名		男・女	明治・大正・昭和 年 月 日 ( 歳)
住所	〒 ー 電話番号 ( )		
要介護度	要支援1・支援2・要介護1・2・3・4・5・申請中		
現状	<input type="checkbox"/> 自宅 ・ <input type="checkbox"/> 入院中 ・ <input type="checkbox"/> 入所中		
病院又は施設	名称		
通所利用の際 の連絡先	氏名	続柄	住所
			電話番号 自宅： 携帯：
希望する曜日	特に希望なし・月・火・水・木・金・土		
希望する利用回数	特に希望なし・週1回 ・週2回以上 ( )		
特記事項			
担当ケア マネージャー	氏名		連絡先
	事業者名		

連絡先 〒300-2702 茨城県常総市原宿 1155  
TEL 0297-44-6616  
FAX 0297-43-1977