

ハピネスやくら（認知症対応型共同生活介護）

利用申込書

令和 年 月 日

認知症対応型共同生活介護
ハピネス やくら 管理者 殿

住所
氏名
申込者
続柄
電話番号
印

ハピネスやくら（認知症対応型共同生活介護）に申し込み致します。

家族 記 入 欄	入所希望者	フリカ`ナ			男	M・T・S 年 月 日生（才）					
		氏名			女	電話番号					
		住所									
	家族状況	氏名	続柄	年齢	職業等	氏名	続柄	年齢	職業等		

身 体 状 況 及 び 日 常 生 活	疾病に関する	病名①	②	かかりつけ医 有（病院名） 無		
	食事	①自力 ②一部介助 ③全介助		②・③の場合その内容（形態等）		
	排泄	①自力 ②一部介助 ③全介助		②・③の場合その内容		
	清潔	①自力 ②一部介助 ③全介助		入浴を意味するが②・③の場合等その内容		
	移動	①歩行 ②車椅子自力 ③全介助		①見守り 要・不要 ②・③立ち上がり あり・なし ③その内容（例 リクライニング・介助要等）		
	意思疎通	①普通 ②困難		②の場合その内容		
	理解力	①普通 ②困難		②の場合その内容		
	問題行動	①なし ②生活に支障なし ③生活に支障あり		②・③の場合その内容		
	医療行為の内容	（例 吸引・経管栄養等）				
	その他					

施設記入欄

入居申込者評価基準に係る意見書

被保険者番号						保険者名・番号								
認定年月日	令和	年	月	日	認定有効期間	令和	年	月	日	～	令和	年	月	日
事業所名							記入年月日	平成	年	月	日			
担当介護支援専門員氏名							連絡先電話番号							
評 価 基 準														
要 介 護 度	日常生活自立度	J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2					在宅サービスの利用率							
1・2・3・4・5	認知症自立度	I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M・該当なし					% □未利用 □入院・入所中							
在宅サービスの利用内容 (直近3ヶ月の利用回数を記入)	<input type="checkbox"/> 訪問介護 (月 回) <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 (月 回) <input type="checkbox"/> 訪問看護 (月 回) <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション (月 回) <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 (月 回) <input type="checkbox"/> 通所介護 (月 回) <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション (月 回) <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 (月 日) <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 (月 日) <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 ()													
入所サービスの利用内容	<input type="checkbox"/> 介護保健施設 (利用開始年月日) <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 (利用開始年月日) <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 (利用開始年月日) <input type="checkbox"/> その他 ()													
介護者の状況	<input type="checkbox"/> ①身寄りがいないなど介護する者がいない <input type="checkbox"/> ②介護する者はいるが、地理的に離れている若しくは病院等に長期入院するなどの状況により事実上介護が不能 <input type="checkbox"/> ③介護する者はいるが、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"/> ④介護する者はいるが、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"/> ⑤介護する者はいるが、複数の介護や育児を行なっているなど、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> ⑥介護する者はいるが、就業しているため、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> ⑦その他 ()													
介護者の具体的状況 (本人との関係、居住地、年齢、健康状態、就業状況など)														
特 記 事 項						参 考 事 項								
【在宅生活継続の可能性】 <input type="checkbox"/> ①極めて困難 <input type="checkbox"/> ②在宅サービスを利用しても在宅生活に支障がある <input type="checkbox"/> ③検討の余地あり <input type="checkbox"/> ④在宅サービスの利用により在宅生活の継続が期待できる <input type="checkbox"/> ⑤その他 () 【在宅生活に支障がある状況】 <input type="checkbox"/> ①近くに在宅サービス事業者がなくその利用が困難 <input type="checkbox"/> ②十分なケア (ナイトケア等) が受けられない <input type="checkbox"/> ③病院等の入所者で帰る家がない <input type="checkbox"/> ④介護保険の利用限度額を超えて在宅サービスを自費負担しているなど経済的に余裕がない <input type="checkbox"/> ⑤その他 () 【住環境】 <input type="checkbox"/> ①居住環境の事情により十分な介護が困難 (住居が狭いなど) <input type="checkbox"/> ②在宅サービスの利用に必要な住環境に支障がある <input type="checkbox"/> ③施設や病院から退所を求められている <input type="checkbox"/> ④その他 ()						【意思疎通】 <input type="checkbox"/> ①なれた人でも意思疎通は困難 <input type="checkbox"/> ②家族などなれた人なら問題ない <input type="checkbox"/> ③特に問題ない <input type="checkbox"/> ④その他 () 【入所についての本人の意思】 <input type="checkbox"/> ①強く拒否している <input type="checkbox"/> ②拒否傾向 <input type="checkbox"/> ③意思確認が困難 <input type="checkbox"/> ④希望はしていないが同意している <input type="checkbox"/> ⑤同意している <input type="checkbox"/> ⑥強く望んでいる <input type="checkbox"/> ⑦その他 ()								
【その他特記事項(麻痺・移動・排泄・入浴・食事・問題行動等)】 紙面記入足りない場合は別紙追加する。														