

【 医療の状況 】

入居希望者氏名 _____

治療中の主な病気 : <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
いつから	病 名	治療内容	
年 月(歳)		服薬治療	通院治療 往診 経過観察
年 月(歳)		服薬治療	通院治療 往診 経過観察
年 月(歳)		服薬治療	通院治療 往診 経過観察
主治 医	医療機関名	主治医氏名	
		受診等頻度	
		月・週 / 回	
		月・週 / 回	
		月・週 / 回	
既往歴 (できるだけ詳しく記入して下さい)			
いつごろ	病 名	入院歴	手術歴
年 月(歳)		有・無	無・有(年 月 病院 :)
年 月(歳)		有・無	無・有(年 月 病院 :)
年 月(歳)		有・無	無・有(年 月 病院 :)
特別な 医療	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 尿管カテーテル <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 気管切開		
	<input type="checkbox"/> インシュリン (1日 回) <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> ストマ (人工肛門)		
	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 褥瘡 (部位 :) <input type="checkbox"/> 感染症 ()		
	<input type="checkbox"/> その他 ()		
その他	治療中の病気などでの特記事項や、病状に関するご意向等があればご記入下さい。		

【主介護者の状況について】

主に、入居希望者の介護をされている（されていた）ご家族様の状況についてご記入下さい。

フリガナ		性別	生年月日	続柄
氏名		男・女	明・大・昭・平 年 月 日生（ 歳）	
居住関係	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居（住所： ） 別居の場合、入居希望者宅までの所要時間（ 分）			
就労状況	<input type="checkbox"/> 就労していない <input type="checkbox"/> 就労している（週 日、週 時間程度、職種 ）			
健康状態	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病弱 ・慢性疾患等で定期的に通院中（病名： ） ・入院していないが継続的な治療を要する（病名： ） ・要入院加療（ ヶ月程度 、病名： ）			
身体状況	障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ 級・障害の種類 ）			
要介護度	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（要支援 ・要介護 1・2・3・4・5）			
介護の負担感	<input type="checkbox"/> それほど負担とっていない <input type="checkbox"/> 負担に感じるが仕方がないと思っている <input type="checkbox"/> かなり負担に感じる （具体的な内容： ）			
他家族の状況	<input type="checkbox"/> 育児の必要な家族がいる（子どもの年齢 歳） <input type="checkbox"/> 3ヶ月以上看病（付添い）の必要な家族がいる（ 自宅療養・入院中 ） <input type="checkbox"/> 入居希望者以外に介護の必要な家族がいる（要支援 ・要介護 1・2・3・4・5） <input type="checkbox"/> 介護の必要な障害を有する家族がいる（ 級・障害の種類： ）			
介護協力者	<input type="checkbox"/> 同居親族に協力者がいる（入居希望者との関係： ） <input type="checkbox"/> 同居以外の親族に協力者がいる（入居希望者との関係： ） <input type="checkbox"/> 親族以外に近隣者等の協力者がいる <input type="checkbox"/> 協力してくれる人はいない			
介護をされていて困っていること、その他特記すべき事項について記入してください				

【家族・親族の状況①】

入居希望者氏名

同居の家族（配偶者、父母、子、孫、兄弟姉妹）について記入してください

主介護者	フリガナ	続柄	生年月日（年齢）	健康状態	就 労 等
	氏 名			疾患名	
□			明・大・昭・平・令 年 月 日生 () 歳	良・持病あり	していない
					している：勤務先 () 常勤・短時間・学生・他
	連絡先	携帯： ()		勤務先： ()	
□			明・大・昭・平・令 年 月 日生 () 歳	良・持病あり	していない
					している：勤務先 () 常勤・短時間・学生・他
	連絡先	携帯： ()		勤務先： ()	
□			明・大・昭・平・令 年 月 日生 () 歳	良・持病あり	していない
					している：勤務先 () 常勤・短時間・学生・他
	連絡先	携帯： ()		勤務先： ()	
□			明・大・昭・平・令 年 月 日生 () 歳	良・持病あり	していない
					している：勤務先 () 常勤・短時間・学生・他
	連絡先	携帯： ()		勤務先： ()	
□			明・大・昭・平・令 年 月 日生 () 歳	良・持病あり	していない
					している：勤務先 () 常勤・短時間・学生・他
	連絡先	携帯： ()		勤務先： ()	

【家族・親族の状況②】

入居希望者氏名

別居の家族（配偶者、父母、子、孫、兄弟姉妹）について記入してください

主な 介護者	フリガナ	続柄	住所
	氏名		生年月日（年齢）
			就労等
<input type="checkbox"/>			〒
			明・大・昭・平・令 年 月 日生（ ）
			勤務先（ ）常勤・短時間・学生・無職・その他
	連絡先	自宅：（ ）	携帯：（ ）
<input type="checkbox"/>			〒
			明・大・昭・平・令 年 月 日生（ ）
			勤務先（ ）常勤・短時間・学生・無職・その他
	連絡先	自宅：（ ）	携帯：（ ）
<input type="checkbox"/>			〒
			明・大・昭・平・令 年 月 日生（ ）
			勤務先（ ）常勤・短時間・学生・無職・その他
	連絡先	自宅：（ ）	携帯：（ ）
<input type="checkbox"/>			〒
			明・大・昭・平・令 年 月 日生（ ）
			勤務先（ ）常勤・短時間・学生・無職・その他
	連絡先	自宅：（ ）	携帯：（ ）
<input type="checkbox"/>			〒
			明・大・昭・平・令 年 月 日生（ ）
			勤務先（ ）常勤・短時間・学生・無職・その他
	連絡先	自宅：（ ）	携帯：（ ）

以下の写し（コピー）を添付してください

①介護保険被保険者証

②介護保険負担割合証

③介護保険負担限度額認定証（対象の方・市町村に申請が必要です）

※有効期限を確認いただき、最新のものを添付してください。

身元引受等に関する覚書

(有)ケアサポートまもる 代表取締役
社会福祉法人愛美会 理事長 家守美由紀様

入居希望者氏名 _____ 印

(生年月日 年 月 日生)

私の施設入居後、将来のことについては親族等と相談した結果、次の者を親族等の代表者と定めたので、私に係わる身元引受あるいは、私に関する相談等については、次の者に連絡をしてください。また、次の者に連絡がとれない場合は、指定する順位に従って連絡してください。なお、遺留金品の引き渡しは民法の手続きに従って行ってください。

氏名	_____ 印			続柄	_____
住所	〒 _____				
電話	自宅	()	携帯	()	
	勤務先	()	勤務先名		

上記の者に連絡がつかなくなった場合は次の順に行ってください

1	氏名	_____ 印			続柄	_____
	住所	〒 _____				
	電話	自宅	()	携帯	()	
勤務先		()	勤務先名			

2	氏名	_____ 印			続柄	_____
	住所	〒 _____				
	電話	自宅	()	携帯	()	
勤務先		()	勤務先名			

3	氏名	_____ 印			続柄	_____
	住所	〒 _____				
	電話	自宅	()	携帯	()	
勤務先		()	勤務先名			

()に係る身元引受等について、本人及び親族等と相談した結果は上記のとおりであることに相違ないことを各自が押印することにより確認しました

令和 年 月 日

親族代表者氏名 _____ 印 続柄 _____

有限会社ケアサポートまもる
社会福祉法人愛美会