

状況確認表（1） 令和 年 月 日 現在

入居対象者 氏名		男・女	生年月日 年 月 日（ 歳）			
ご本人 住所						
介護保険負担 限度額認定（該当す る箇所に○印）	第一段階 ・ 第二段階 ・ 第三段階① 第三段階② ・ 第四段階	要介護度				
ご家族氏名		続柄		TEL		
ご家族住所	〒					
担当 ケアマネジャー	事業所名	ケアマネジャー氏名		連絡先		
医務 看護 関係	既往歴					
	現病歴					
	主治医					
身体 状況	身長 cm	体重 kg	視力	普 ・ 弱 ・ 全盲	聴力	普 ・ 難 ・ 聾
	発語	普 ・ やや普 ・ 不自由	床ず れ	有り（場所）_____		・ 無
	オムツ	有 （ 常時 ・ 夜のみ ）				・ 無
	上半身の状態					
	下半身の状態					
	むくみ	有り（場所）_____		・ 無 皮膚の疾患状態（ _____ ）		
日常 生活	歩行	自立 ・ 一部介助 ・ 車椅子		排泄	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	
	食事	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助		入浴	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	
	着脱	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助		徘徊	有 ・ 無	
認知症等による不適応行動		有（ _____ ）				・ 無
性格			対人関係	拒否的 ・ 親しみやすい ・ 協調的		
精神状態	正常 ・ 障害有り（ご様子 _____ ）					
問題となる行動等						
ご生活上の注意すべき点						

*項目には丸印をお付けください。（おわかりになる範囲で結構です）

状況確認表（2）

介 護 者 の 状 況	主たる介護者	氏名		性別	男・女	
				続柄		
		生年月日	明・大・昭 年 月 日	(歳)		
		同居区分	同居 ・ 別居			
		就労状況	有 (常勤 ・ パート) ・ 無			
		育児状況	有 (人 歳) ・ 無			
		健康状況	良好 ・ 不良 ()			
	家族の健康状況	良好 ・ 不良 ()				
そ の 他	従たる介護者	氏名		性別	男・女	
				続柄		
		同居区分	同居 ・ 別居			
	介護の可能性	介護困難 ・ 多少介護可能 ・ 介護可能				
	介護期間	年 月より				
そ の 他	入所希望時期	1 今すぐ入所を希望している 2 _____年 _____月頃までには入所したい				
	申込み状況	1 当該施設のための申込み 2 他の施設に申し込んでいる 施設名： _____ 所在地： _____				
	入居対象者の年金の種類及び額	1 国民年金 () 2 厚生年金 () 3 共済年金 () 4 その他 () ※月額平均年金額：約 _____ 円				
	身体障害者手帳の有無	級 種	手帳番号			
		交付年月				
説 明 確 認	<p>私は入所申込の際、入所決定の手続き及び入所の必要性を評価する基準等について確認の上同意いたしました。</p> <p><input type="checkbox"/> アフェクシオン市川入所申込書の提出にあたり、本人の健康状態、施設の人員など受け入れ体制により必ずしも「アフェクシオン市川」への入所を確約するものないことに同意します。</p> <p>※上記説明文に同意の上、左側の口欄にチェックを入れ下記へご記入・ご捺印をお願いします。</p> <p style="text-align: center;">令和 _____年 _____月 _____日 氏名 _____</p>					

* 介護保険被保険者証（写）の添付をお願いいたします。

* 申込を辞退する場合、又は申込内容に変更が生じた場合には、施設までご連絡下さい。