

## 望洋の里「指定介護老人福祉施設入所申込書」の記載例

※太枠の中を全て記入して、□欄は該当するものにチェックをして下さい（不明な点は、施設にご相談下さい）

指定介護老人福祉施設入所申込書 (特別養護老人ホーム)		申込日	平成 年 月 日			
		入所日	平成 年 月 日			
申込者連絡先	フリガナ	望洋 花子		続柄	長女	
	氏名	望洋 花子		勤務先名称	(株)望洋製作所	
	住所	郵便番号 891 - 0702 鹿児島県南九州市穎娃町牧元内3176-8 自宅電話: 0993-36-3075 携帯電話: 090-000-0000				
入所を希望する者	フリガナ	望洋 太郎		保険者名	南九州市	
	氏名	望洋 太郎		被保険者番号	0123456789	
	生年月日	□明 □大 □昭 5年 1月 1日 (86)歳		性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 □女	
	現住所	(郵便番号 891 - 0702) 電話番号 (0993 - 36 - 3075) (住所登録地) 鹿児島県南九州市穎娃町牧元内3176-8 自治会(地区) 中村				
	認定状況	<input checked="" type="checkbox"/> 要介護認定を受けている <申込日現在の介護度> 要介護 ( <input type="checkbox"/> 1・ <input type="checkbox"/> 2・ <input type="checkbox"/> 3・ <input checked="" type="checkbox"/> 4・ <input type="checkbox"/> 5 ) <認定有効期間> 平成 28年 1月 1日～平成 28年 12月 31日まで <input type="checkbox"/> 区分変更申請中 (平成 年 月 日申請) <input type="checkbox"/> 更新申請中 (平成 年 月 日申請) <input type="checkbox"/> 認定申請中 (平成 年 月 日申請)				
	現況	<input type="checkbox"/> 自宅一人で暮らし □高齢者(70歳以上のみ世帯) <input checked="" type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 施設や病院に入っている ※施設や病院に入っている方は下記を記入して下さい 施設名又は病院名: _____ 所在市町村: _____ 入所又は入院時期 平成 年 月 日から □入所 □入院している				
	要介護1・2の理由	<input type="checkbox"/> 認知症である者であって、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繁に見られる <input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害等を伴い、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繁に見られる <input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全・安心確保が困難である <input type="checkbox"/> 単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である等により、心身の安全・安心確保が困難である等により家族等による支援が期待できず、かつ、地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分である				
	入所を希望する理由 (該当するものはすべて選んで下さい)	<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」「障害」「疾病」「就労」などにより十分な介護が困難なため <input checked="" type="checkbox"/> 介護する者が身体的・精神的負担が大きく十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者が遠方で距離的に負担が大きく十分な介護が困難なため <input checked="" 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や退院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限度額を超えており、経済的負担が大きいため <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )				
	指定介護老人福祉施設 特別養護老人ホーム 望洋の里 園長 殿 貴施設に入所を希望するため、申し込みます。 又、貴施設が入所判定に使用する目的で、居宅介護支援事業者、市町村、地域包括支援センター、病院、施設等から情報提供を受けることに同意します。また、市町村が居宅介護支援事業者等に入所申込者の状況等を確認することに同意します。					
	平成 28年 2月 1日 (申込者) 住所 鹿児島県南九州市穎娃町牧元内3176-8 氏名 望洋 花子 続柄 長女					

施設の記入欄です。申込者は記入不要です。

入所を希望される方の状況をお聞きすることがありますので、入所希望者の生活状況等をよくご存じの方が望ましいです。認知症等でなく、ご自分の状況を客観的に判断できれば、入所希望ご本人でも構いません。

お手持ちの「介護保険被保険者証」をご確認のうえ、ご記入ください。「保険者」は通常お住いの市町村で、保険証をお持ちのご本人は、「被保険者」となりますので、ご注意ください。

お手持ちの「介護保険被保険者証」の中に記載がありますので、ご確認のうえ、ご記入ください。

要介護1もしくは2の方は、記載されている4つの理由のいずれかの条件が満たされなければ、ご入居できません。

要介護1もしくは2の方は、必ず該当理由にチェックをしていただき、4枚目の「介護支援専門員欄」の意見等欄に詳細な状況をご記入ください。

※太枠の中を全て記入して、□欄は該当するものにチェックをして下さい（不明な点は、施設にご相談下さい）

◎介護者・家族などの状況		入居希望者名					
		望洋太郎					
家族構成	氏名	続柄	年齢	入居希望者と	住所	電話	同意の有無
	望洋花子	長女	61	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	千葉県市川市	36-3075	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	望洋一郎	長男	58	<input type="checkbox"/> 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居	福岡県北九州市	093-123-456	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無
	望洋二郎	次男	56	<input type="checkbox"/> 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居	東京都板橋区	03-1234-5678	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無
フリガナ		望洋花子		生年月日	年齢	本人との関係	
介護者氏名		望洋花子		<input type="checkbox"/> 大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	30年1月1日	61歳	長女
介護者の健康状態		<input type="checkbox"/> 健康 <small>&lt;疾病や障害のある場合は具体的に記入&gt;</small> <input checked="" type="checkbox"/> 疾病や障害 (慢性的な腰痛) ※疾病や障害がある場合、現在可能な介護 <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> 移動 <input checked="" type="checkbox"/> 着替え <input checked="" type="checkbox"/> 食事 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (服薬)					
介護者の就労		<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 職種: 事務職 5日/週 4時間/日 <input type="checkbox"/> 8時間以上 <input type="checkbox"/> 4~8時間 (パート的就労及び農業などの補助的就労) <input type="checkbox"/> 4時間未満					
介護者及び家族の状況		<input type="checkbox"/> 介護者自身が要介護状態のため、介護困難な状態である <input type="checkbox"/> 同居する他の要介護者を介護している <input type="checkbox"/> 同居以外の要介護者を介護している <input checked="" type="checkbox"/> 就労等により日中家族不在である <input type="checkbox"/> 乳児 <input type="checkbox"/> 幼児 <input type="checkbox"/> 小学生 <input type="checkbox"/> 中学生の世話をしている <input type="checkbox"/> 他の家族が入院、入居中 <input type="checkbox"/> 介護可能な状態 <input type="checkbox"/> その他					
介護協力者		<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 週3日程度の協力あり (氏名 続柄 ) <input type="checkbox"/> 週4日以上との協力あり (氏名 続柄 )					
介護場所		<input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院又は介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> その他の施設に入居中					
介護歴		平成 25年 4月頃から介護している (期間: 約 3年)					
入居希望者の状況	居住環境	<input type="checkbox"/> 住む家がない (□家屋の取り壊し □借家契約の解除等 □その他 ( )) <input type="checkbox"/> 居住不能 (□家の傾き □床板の腐食 □雨漏り □その他 ( )) <input checked="" type="checkbox"/> 段差・手すり・浴室・居室の広さが介護に適さない <input type="checkbox"/> ベッドを置く場所がない <input type="checkbox"/> 生活空間が2階で上がれない <input checked="" type="checkbox"/> 廊下等が狭いなどで、手すり設置や段差解消が出来ない <input checked="" type="checkbox"/> 車椅子や段差解消機等、介護機器も利用できない <input type="checkbox"/> その他 ( )					

入居ご希望者名のご記入をお忘れなく。

入居ご希望者の配偶者、お子様、同居者等をご記入ください。

入居ご希望者が、ご自宅にいらっしゃる場合は、最も多く介護している方の内容をご記入ください。  
 現在、入院、入所等されていらっしゃる場合は、退院、退所等してご自宅にいらっしゃる際に介護される方の内容を想定してご記入ください。

入居ご希望者がお住いの環境についてご記入ください。

現在、入院、入所等されていらっしゃる場合は、退院、退所等した場合のお住いの環境についてご記入ください。

※太枠の中を全て記入して、□欄は該当するものにチェックをして下さい（不明な点は、施設にご相談下さい）

◎入居希望者の状況		入居希望者名 望洋太郎		
入居希望者の状況	食事	状態 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助（経管栄養を含む）		
		嚥下 <input type="checkbox"/> むせない <input type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> 毎回むせる <input type="checkbox"/> トロミ剤使用		
	排泄	状態 <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 誘導・一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
		種類 <input checked="" type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ		
		<input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
	入浴	状態 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助		
		方法 <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> リフト浴 <input type="checkbox"/> 特別浴 <input checked="" type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭のみ		
	歩行	状態 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助		
		器具 <input checked="" type="checkbox"/> 杖 <input checked="" type="checkbox"/> 手押し車 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子		
	その他	<input type="checkbox"/> 充分に可 <input checked="" type="checkbox"/> ある程度可 <input type="checkbox"/> 相づち程度なら可 <input type="checkbox"/> 不可		
	麻痺 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 → <input checked="" type="checkbox"/> 右上肢 <input checked="" type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢			
	視力 <input checked="" type="checkbox"/> 見える <input type="checkbox"/> 見えにくい <input type="checkbox"/> 眼鏡使用 <input type="checkbox"/> 見えない（ <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 ）			
	聴力 <input type="checkbox"/> 聞こえる <input checked="" type="checkbox"/> 聞こえない <input type="checkbox"/> 補聴器使用 <input type="checkbox"/> 聞こえない（ <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 ）			
	上記の中で特に困っていること等	右半身に麻痺があるため、歩く時に不安定で転倒しやすい。また、座ったりする時にも転倒しやすくなり、トイレやベッドで寝る時も必要で必要です。		
	認知症の状況	<input type="checkbox"/> 認知症の症状はない <input checked="" type="checkbox"/> 認知症の症状はある <input type="checkbox"/> 物忘れ妄想や作話等で困っている <input checked="" type="checkbox"/> 同仕事を何度も言って困っている <input type="checkbox"/> 幻視や幻聴で困っている <input type="checkbox"/> 色々な物を集めて困っている <input type="checkbox"/> 感情が不安定で困っている <input checked="" type="checkbox"/> 火・水・薬の管理が出来ず困っている <input checked="" type="checkbox"/> 夜間不眠・昼夜逆転で困っている <input type="checkbox"/> 物を壊したり破いたり困っている <input type="checkbox"/> 介護への抵抗や暴言があり困っている <input type="checkbox"/> 不潔行為や異食行為があり困っている <input checked="" type="checkbox"/> ひどい（病的な）物忘れで困っている <input type="checkbox"/> 性的異常行為で困っている <input type="checkbox"/> 帰宅願望や徘徊で困っている <input type="checkbox"/> その他（ ）		
	どの位の見守りが必要か	<input type="checkbox"/> 1週間に1回程度 <input type="checkbox"/> 2～3日に1回程度 <input type="checkbox"/> 1日に1回程度 <input type="checkbox"/> 半日に1回程度 <input type="checkbox"/> 1～2時間程度 <input checked="" type="checkbox"/> 一時も目が離せない		
	上記の中で特に困っていること等	夜に何度も目覚め、トイレに行ったりするので、その程度付き添いが必要で、夜に何度も起こされる。時々、台所の火をつけてしまっている。		
	経済状況	<input type="checkbox"/> 厚生年金 <input checked="" type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 共済年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他		
申込状況	本人の入居意向	<input type="checkbox"/> 入所を希望している <input type="checkbox"/> 困っている <input type="checkbox"/> 拒否している <input type="checkbox"/> 知らせていない <input checked="" type="checkbox"/> 認知低下により理解困難		
	他の申込施設	特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 〇〇苑	介護老人保健施設 <input checked="" type="checkbox"/> ××園	グループホーム <input type="checkbox"/>

入居ご希望者名のご記入をお忘れなく。

入居ご希望者名の介護状況や、認知症の状況など、お気づきの点をご記入ください。

現在、介護保険サービスをご利用の方は、担当の介護支援専門員（ケアマネージャー）に様子をご確認するのも、入居ご希望者の状況が更に詳しく記入できます。

現在、他の施設等にご入居の申し込みがあれば、ご記入ください。

他の申し込みの状況が、ご入居順位に影響を与えることはあ

※太枠の中を全て記入して、□欄は該当するものにチェックをして下さい（不明な点は、施設にご相談下さい）

◎入居希望者医療状況		入居希望者名	望洋太郎	
入居希望者状況	主治医	医療機関名	医師名	
		〇〇クリニック	〇〇 医師	
		医療機関所在地	電話番号	
		鹿児島県南九州市鉦柄町別府	0993-38-0000	
医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input checked="" type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> ベースメーカー <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> 痰吸引 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
	現病名	高血圧症、パーキンソン症、糖尿病		
	既往歴	腰部の圧迫骨折		
	現在の治療・投薬	降圧剤、レドピ製剤		
介護支援専門員欄	担当介護支援専門員氏名	事業所	連絡先電話番号	
	〇〇〇〇	△△ 居宅介護支援事業所	0993-00-△△△△	
	認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input checked="" type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M		
	障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input checked="" type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2		
	居宅における介護期間	<input type="checkbox"/> 5年以上 <input type="checkbox"/> 4年以上 <input type="checkbox"/> 3年以上 <input checked="" type="checkbox"/> 2年以上 <input type="checkbox"/> 1年以上 <input type="checkbox"/> 1年未満		
	在宅サービス内容（利用している場合は下記記入）		在宅サービス利用率	
	<input type="checkbox"/> 訪問介護	回/月	<input type="checkbox"/> 訪問看護	回/月
	<input checked="" type="checkbox"/> 通所介護	16 回/月	<input type="checkbox"/> 訪問入浴	回/月
	<input checked="" type="checkbox"/> 短期入所生活介護	2 回/月	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与	回/月
	<input type="checkbox"/> 短期入所療養介護	回/月	<input type="checkbox"/> その他	1ヶ月平均
意見等（要介護1・2の方の「特例入所」の要件に関する意見を含め） 介護者必業務中は、通所介護を利用しているもの。最近、昼夜の逆転の程度が多くなり、介護者必夜に度々起きてトイレ介助等を行うため睡眠不足や介助時の腰痛など、身体的・精神的に負担が大きくなってきている。				
施設記入欄				

入居ご希望者名のご記入をお忘れなく。

ご不明な点は、入居ご希望者のかかりつけ医もしくは病院の地域連携室の専門員等にお尋ねのうえご記入ください。

現在、介護保険サービス等をご利用され、担当の介護支援専門員（ケアマネ）がいらっしゃる方は、介護支援専門員（ケアマネ）にご記入をお願いしてください。

いらっしゃらない場合は、かかりつけ医やかかりつけの病院の地域連携室等の専門の方がいらっしゃれば、そちらの方に内容をご相談ください。

要介護1もしくは2の方は、申請用紙1枚目の入居適用理由についての補足説明等を介護支援専門員（ケアマネ）の方に記入をお願いします。