

※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		続柄		勤務先名称	
	氏名					
	住所	郵便番号 - - - - - 自宅電話: - - - - - 携帯電話: - - - - -				

入所を希望する者	フリガナ		保険者名								
	氏名		被保険者番号								
	生年月日	□明・□大・□昭 年 月 日 ( ) 歳						性別	□男・□女		
	現住所 (住所登録地)	(郵便番号 - - - - - ) 電話番号 ( - - - - - )								自治会 (地区)	
	認定状況	<input 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 ( □1・□2・□3・□4・□5 ) <認定有効期間> 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 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"/> 自宅で一人暮らし □高齢者(70歳以上のみ世帯) □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 入居適用理由	<input type="checkbox"/> 認知症である者であって、日常生活に支障を来たすような症状・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たすような症状・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・安心の確保が困難である <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・安心の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 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のため <input 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 年 月 日  
 (申込者) 住所 \_\_\_\_\_  
 氏名 \_\_\_\_\_ ⑩ 続柄 \_\_\_\_\_

※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	
--------	--

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
				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

主たる介護者・家族などの状況	フリガナ		生年月日		年齢		本人との関係	
	介護者氏名		<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日	歳			
	介護者の健康状態	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 疾病や障害 ※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 type="checkbox"/> 着替え <input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> その他（ ） <疾病や障害のある場合は具体的記入>						
	介護者の就労	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 職種： 日/週 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 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 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 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 年 月頃から介護している（期間：約 年）						

入居希望者の状況	居住環境	<input type="checkbox"/> 住む家がない（ <input type="checkbox"/> 家屋の取り壊し <input type="checkbox"/> 借家契約の解除等 <input type="checkbox"/> その他（ ）） <input type="checkbox"/> 居住不能（ <input type="checkbox"/> 家の傾き <input type="checkbox"/> 床板の腐食 <input type="checkbox"/> 雨漏り <input type="checkbox"/> その他（ ）） <input 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 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 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（ ）						
----------	------	---	--	--	--	--	--	--

※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

入居希望者の状況	食事	状態	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助（経管栄養を含）	
		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 type="checkbox"/> 誘導・一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
		種類	<input 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 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 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 type="checkbox"/> 全介助	
		器具	<input type="checkbox"/> 杖	<input type="checkbox"/> 手押し車	<input type="checkbox"/> 歩行器	<input type="checkbox"/> 車椅子	
	その他	意思疎通	<input type="checkbox"/> 十分に可	<input 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 type="checkbox"/> 有 →	<input type="checkbox"/> 右上肢	<input type="checkbox"/> 右下肢	<input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢	
視力		<input 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 type="checkbox"/> 聞こえにくい	<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		----- -----					
認知症の状況		<input type="checkbox"/> 認知症の症状はない <input type="checkbox"/> 認知症の症状はある <input type="checkbox"/> 物盗られ妄想や作話等で困っている <input type="checkbox"/> 同じ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 type="checkbox"/> 火・水・薬の管理が出来ず困っている <input 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し困っている <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 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 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		----- -----					
経済状況		<input type="checkbox"/> 厚生年金 <input 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 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	介護老人保健施設	グループホーム	その他		

