

## 入 所 申 込 書

申込年月日		平成 年 月 日						
本人	フリガナ			生年 月日	明治・大正・昭和		性別	男・女
	氏名				年 月 日 ( 歳)			
	住所	〒 -			電話番号	( )		
保険者名		(住所)			(電話番号)			
家族・申込者	フリガナ			続柄	備考			
	氏名							
	住所	〒 -			携帯番号	( )		
					電話番号	( )		
	その他の連絡先	〒 -			電話番号	( )		
居宅介護 支援事業者	事業所名				事業者番号			
	所在地	〒 -			電話番号	( )		
	フリガナ			備考				
担当者名								
入院・入所先	施設名				施設種別			
	所在地	〒 -			電話番号	( )		
	フリガナ			備考				
担当者名								
他施設の申込状況	施設名1				申込 予定・済 (申込時期 年 月頃)			
	施設名2				申込 予定・済 (申込時期 年 月頃)			
	施設名3				申込 予定・済 (申込時期 年 月頃)			

## 【説明確認及び同意書】

- ・入所申込から契約までの必要な手続き、入所順位決定方法、ならびに入所にあたっての注意事項について、施設から説明を受けました。
- ・申込書の内容に変化があった場合は、施設に連絡することについて同意します。
- ・入所可能の案内があったにもかかわらず、自己都合により入所を辞退した場合は、入所順位名簿から削除されることに同意します。
- ・入所制度の適正な運用のため、この申込書及びそれらから作成した資料等を行政機関等の求めに応じて提供することに同意します。
- ・施設が居宅介護支援事業者へ入所申込者の状況について確認することに同意します。
- ・入所申込者が特例入所対象者である場合に、施設が介護保険の保険者である市町村へ特例入所の申込状況及び入所希望者の状況等について照会すること、また、当該市町村が担当の介護支援専門員等から入所申込者の状況等について確認することに同意します。

平成 年 月 日

氏名

印(続柄 )

施設 記入	担当者名			職種	施設長・相談員・ケアマネ・その他 ( )			
	受付番号			受付年月日	平成 年 月 日			
	備考							

介護認定		申請（更新・変更）中・済	被保険者番号	
要介護度			認定の有効期間	平成 年 月 日～平成 年 月 日
介護者の状況	(□内は該当項目にチェック) 該当する番号1つに○	1. 身寄りがなく、介護する者がいない。		
		2. 介護する者がいない ( □ 介護者が長期入院・入所 □ 介護者が遠方に在住)		
		3. 介護する者がいるが、十分な介護力がない。 (介護者が □ 要介護状態 □ 病気療養中 □ 障害がある)		
		4. 介護する者はいるが、介護にあたる時間を十分に確保できない。 (介護者が □ 要支援状態・高齢 □ 就労している □ 他にも介護している □ 育児している)		
		5. 介護する者はいるが、上記以外の理由で介護を行うことが困難である。		
		6. 1～5に該当しない(介護に欠ける状態ではない)。		
		※ 上記を記入し、現在の家族状況、介護者の状況をご記入ください。		
入所者本人の状況	(□内は該当項目にチェック) 現在の住居及び介護サービスの利用状況 該当する番号1つに○	1. 施設 □ 特養 (□従来型 □ユニット型) □ 老健 □ 介護療養型 □ 養護 □ ケアハウス □ 認知症高齢者グループホーム □ 有料老人ホーム □ 救護・更生施設 (保護施設) □ 障害者入所施設 □ 生活支援ハウス □ その他 ( )		
		2. 病院 (病名: _____ 入院:平成 年 月から)		
		3. 在宅 □ 訪問介護 (□ 週4回以上 □ 週2～3回 □ 週1回)		
		□ 訪問入浴介護 (□ 週1回以上)		
		□ 訪問看護/訪問リハビリテーション (□ 週2回以上 □ 週1回)		
		□ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護		
		□ 夜間対応型訪問介護		
		□ 通所介護/通所リハビリテーション (□ 週2回以上 □ 週1回)		
		□ 認知症対応型通所介護		
		□ 短期入所生活介護/療養介護 (最近3か月の利用日数合計 ___日)		
□ 小規模多機能型居宅介護				
□ 複合型サービス				
特例入所要件の有無		有 (詳細は別紙「特例入所申込書」のとおり) ・ 無		
その他				



生 活 歴	出生（場所、兄弟家族等）…	
	学歴…	
	職歴…	
	結婚歴…	
	子供…	
	病歴…	
	その他（趣味・習慣・性格等）…	
身 体 の 状 況	手	<input type="checkbox"/> 自由 <input type="checkbox"/> 少し自由 <input type="checkbox"/> ほとんど不自由 <input type="checkbox"/> 不自由
	歩行	<input type="checkbox"/> 自分で歩ける <input type="checkbox"/> 介助すれば歩ける <input type="checkbox"/> 歩けない 補助器具： <input type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> その他（      ）
	麻痺	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 体幹
	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 大きい字なら見える <input type="checkbox"/> 物の輪郭程度なら見える <input type="checkbox"/> ほとんど見えない
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや大声で聞える <input type="checkbox"/> 大声で聞える <input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない
	言語	<input type="checkbox"/> 普通に話せる <input type="checkbox"/> 少し困難 <input type="checkbox"/> かなり困難 <input type="checkbox"/> 話せない
	生 活 の 状 況	入浴
排泄		<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 介助すればできる <input type="checkbox"/> できない
排泄場所		<input type="checkbox"/> 便所 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> オシメ <input type="checkbox"/> その他（      ）
睡眠		<input type="checkbox"/> よく眠れる <input type="checkbox"/> 時々眠れない <input type="checkbox"/> ほとんど眠れない（眠剤の有無      有      ・      無      ）
歯		<input type="checkbox"/> 自歯 <input type="checkbox"/> 義歯（      上      ・      下      ） <input type="checkbox"/> なし
食事		<input type="checkbox"/> 自分で可 <input type="checkbox"/> 一部手伝う <input type="checkbox"/> すべて手伝う      必要時間      分程度
食事方法		<input type="checkbox"/> はし <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> 手づかみ <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> その他（      ）
食事形態		主食 <input type="checkbox"/> ごはん <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> その他      副食 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やわらかめ <input type="checkbox"/> きざむ
喫煙		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 喫煙暦あり（      頃まで） <input type="checkbox"/> 有（      本／日）
飲酒		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 飲酒暦あり（      頃まで） <input type="checkbox"/> 有（酒・焼酎・ビール      程度）
行動		<input type="checkbox"/> 特に変わったことはない <input type="checkbox"/> 注意が必要 <input type="checkbox"/> 常時目が離せない
集団生活	<input type="checkbox"/> 集団生活可能 <input type="checkbox"/> 家族以外にもなじみやすい <input type="checkbox"/> 家族以外にはなじまない	
精 神 状 況	認知症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（軽度・中度・高度） ※ 別表3 をご記入ください
	精神疾患	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（      ） ※ 医師の診断を受けている方は 疾病名を記入してください
介 護 上 の 留 意 事 項	【介護をする上で気をつけて欲しいことなど】	

行動について、当てはまる項目をチェックしてください。(出来るだけ正確に記入してください)

①	物を取られたなどと被害的になることがある。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある
②	作り話をし周囲に言いふらすことがある。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある
③	実際にはないものが見えたり、聞えたりすることがある。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある
④	泣いたり、笑ったりして感情が不安定になることがある。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある
⑤	夜間不眠あるいは昼夜の逆転がある。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある
⑥	暴言や暴行がある。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある
⑦	しつこく同じ話をしたり、不快な音を立てることがある。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある
⑧	大声を出すことがある。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある
⑨	助言や介護に抵抗することがある。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある
⑩	目的も無く動き回ることがある。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある
⑪	「家に帰る」等と言い落ち着きが無いことがある。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある
⑫	外出すると病院、施設、家などに1人で戻れなくなることがある。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある
⑬	1人で外に出たがり目が離せないことがある。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある
⑭	色々なものを集めたり、無断で持ってくることがある。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある
⑮	火の始末や火元の管理が出来ないことがある。(火の始末や火元の管理が必要ない場合は「ない」をチェックしてください。)	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある
⑯	ものや衣類を壊したり、破いたりすることがある。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある
⑰	食べられないものを口に入れることがある。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある
⑱	ひどい物忘れ。(直前の会話を忘れる)	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある
⑲	その他( )	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある