

入所申込書

申込日 令和 年 月 日

入所希望施設 (一施設ご記入ください)	
------------------------	--

申込者連絡先(家族等代理の場合)

氏名		本人との 続柄	
住所	〒	電話番号	

本人の状況

フリガナ				生年月日	性別			
氏名	明・大・昭			年 月 日	男・女			
フリガナ				電話番号				
住所	〒							
被保険者番号				保険者名 (市町村名)				
要介護認定	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 認定の有効期間 平成・令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日							
担当の 介護支援専門員	(事業所名)	(電話)	(担当者名)					
サービス利用 状況	サービス名	事業所名	回/週	備考	サービス名	事業所名	回/週	備考
保険・年金等	健康保険の種類		年金の種類		障害手帳 無・有(級)			
現在の所在地	自宅(独居・家族と同居)・施設/病院(名称 年 月 日~)・その他()							
家族の状況	氏名	続柄	年齢	職業	連絡先			
					(住所)	(電話)		
					(住所)	(電話)		
					(住所)	(電話)		
家族以外の 介護協力者 (いる場合)	(氏名)	(続柄)	(年齢)	(職業)	家族の関係図			
	(住所)	(電話)						
	(氏名)	(続柄)	(年齢)	(職業)				
	(住所)	(電話)						
介護者等の状況	<input type="checkbox"/> 一人暮らし又は、介護者(75歳以上)と二人暮らしで在宅生活が困難							
	<input type="checkbox"/> 介護者はいるが、高齢・障害・疾病等があり在宅生活が困難							
	<input type="checkbox"/> 介護者はいるが、就労・育児等があり在宅生活が困難							

本人の心身状況1(該当に○をしてください。)

身体機能状況	聴力	普通 ・ 聞こえにくい(左・右) ・ 全く聞こえない(右・左)			
	言語	普通 ・ 聞き取りにくい・失語・筆談	視力	普通 ・ 動きがわかる ・ 見えない	
	座位保持	自力・柵、物につかまれば可・背もたれがあれば可・不可	立位保持	自力・柵、物につかまれば可・軽介助・不可	
	寝返り	自力 ・ 柵につかまれば可 ・ 介助 ・ 不可	拘縮	無・有(軽度・重度) 部位()	
	褥瘡	無 ・ 有(部位:)	麻痺	無・有(部位: 程度:)	
食事	種類	主食(常食・粥・ミキサー) 副食(普通・刻み・ミキサー) 経管栄養食(種類: , 杯/日)			
	方法	箸 ・ スプーン ・ 他()	介助	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	
	量	多い ・ 普通 ・ 少ない	歯	自歯 ・ 部分入歯 ・ 総入歯	
	嗜好	嫌いなもの()	アレルギー	無 ・ 有()	
移動	方法	自立 ・ つたい歩き ・ 車椅子(自力・介助) ・ その他()			
	行動範囲	屋外・家の中・部屋の中・ベッド周り	転倒	無・有(時々・頻回)	
排泄	排尿 排便	尿意	無 ・ 時々有 ・ 有	便意	無 ・ 時々有 ・ 有
		昼	トイレ(誘導 要・不要) ・ PTイレ ・ 尿器 ・ リハビリパンツ ・ オムツ		
		夜	トイレ(誘導 要・不要) ・ PTイレ ・ 尿器 ・ リハビリパンツ ・ オムツ		
	介助	自立・誘導・声掛け・一部介助・全介助()	便通	自然排便(毎日・ 日/週)・下剤(有・無)・摘便・下痢気味	
	カテーテル	無 ・ 有(交換: 回/週)	ストーマ	無・有(交換: 回/週、部位:)	
入浴	一般浴(自立・一部介助) ・ 機械浴 ・ シャワー浴 ・ 清拭				
睡眠	良眠 ・ 時々眠れない ・ 不眠(眠剤使用:無・有)	着脱	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助		

本人の心身状況2(該当に○をしてください。)

精神状況	意思疎通	可 ・ ある程度可 ・ 不可	認知症	無 ・ 有(重度・中度・軽度)
	その他	無 ・ 有(徘徊・暴言・暴力行為・失禁・異食・不穏興奮・昼夜逆転・独語・その他:)		
医療状況	病歴	病名	時期(発症年月日等)	医療機関
	点滴 ・ 在宅酸素療法 ・ インスリン ・ 人工透析 ・ 気管切開 ・ 経管栄養(鼻腔・胃ろう) ・ その他()			

その他(留意事項、介護をする上で困っていること、施設に希望すること等)

入所を希望する理由について(下記の1、2の内容を確認しご記入ください。)

<p>1. 特別養護老人ホームの入所につきましては、原則、要介護3～要介護5の方が対象となっております。 ※要介護1～要介護2の方であっても下記●の4項目のいずれかの事由に該当し在宅生活が困難である場合には、特例で入所が認められることがあります。このような事案でお困りの方は、入所を検討される前にまずお近くの地域包括支援センターにご相談ください。</p> <p>2. 介護老人保健施設の入所につきましては、要介護1～要介護5の方が対象となっております。</p>			
入所希望する理由(詳細)		入所希望時期	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日
本人の入所意向(複数回答可)	<input type="checkbox"/> 希望している <input type="checkbox"/> 迷っている <input type="checkbox"/> 知らせていない <input type="checkbox"/> 認知力低下により理解困難		
● 在宅での日常生活が困難な事由は 複数該当する。	<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。	(該当する事項をチェックして下さい。複数可。) 入所を希望する理由の詳細は上記の理由欄に記載して下さい。	<input type="checkbox"/> 介護者がいないため
	<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"/> " 高齢、障害、疾病等のため
	<input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待等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"/> " 就労しているため
	<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。		<input type="checkbox"/> " 育児等をしているため
			<input type="checkbox"/> " 不在となる時間があり、不安を抱えているため
			<input type="checkbox"/> 居宅サービスの限度額を超えており、経済的負担が大きいため
			<input type="checkbox"/> 介護者の身体的、精神的負担が大きいため
			<input type="checkbox"/> 現在入院(入所)している病院、老健等から退院(退所)を求められており、在宅生活が困難なため (年 月 日頃退院(退所)予定)
			<input type="checkbox"/> その他

同意書及び説明確認

私は、上記施設に申し込みをするにあたり、申込書及び別添書類に記載された情報を当施設内入所判定において使用することについて、さらに必要に応じて保険者・居宅介護支援事業所との間で情報交換することについて同意します。
 また、入所申し込みの際し、入所申し込みから契約入所決定までの入所決定方法について、施設の担当者から説明を受けました。

令和 年 月 日 氏名 印

※ 各施設でサービス内容が異なるので、施設によっては、この申込書の他に添付書類が必要な場合があります。また、申込書に有効期間を設けている場合もありますので、申し込み施設に必ずご確認ください。

特例入所申込者の同意書及び説明確認(特別養護老人ホームへの要介護1、2の方の申請のみ)

私は、上記施設に申し込みをするにあたり、次の内容について誓約及び同意・確認します。

1. 申込書及び別添書類に記載された情報を、保険者等による特例入所対象者該当判定及び当施設内入所判定において使用すること、並びに必要に応じて保険者・居宅介護支援事業所との間で情報交換することについて同意します。

2. 入所申込み際し、特例入所及び、入所申し込みから契約入所決定までの入所決定方法について、施設の担当者から説明を受けました。

令和 年 月 日 氏名 印