

# 入所申込書

特別養護老人ホーム  
日進ホーム 施設長

年 月 日

入所希望者（申込者）		整理番号 <small>注：記入しない下さい</small>	
フリガナ		被保険者番号	
氏名		保険者 (市町村)	
生年月日	明・大・昭 年 月 日	要介護度	3・4・5 (1・2)
性別	男・女	認定有効期間	平成 年 月 日～ 年 月 日迄
現住所	〒 -	電話番号	( )
給付制限			
認定審査会意見			

注：介護保険証から転記して下さい。コピーを添付した場合は氏名・生年月日のみの記載で結構です。

## 申請者（申込代理者）

フリガナ		入所希望者との続柄	
氏名			
住所	〒 -		
	電話番号	( )	

介護保険法令に基づき要介護の認定を受けましたので、この入所申込書により入所を希望いたします。

なお、入所の為の待機中に、貴施設以外の施設に入所が決定した場合、また要介護度や連絡先、介護状況等について変更がありました場合は、速やかに貴施設に連絡いたします。

希望事項	時期	早急に希望・平成 年 月以降希望 <small>注：実際の入所順に影響はありません</small>	申込予定	・貴施設のみ ・他特養にも申し込む ヶ所（予定）
	申込理由・入所を急ぐ理由	(該当するものすべてに☑印を記入してください) <input type="checkbox"/> 1 施設入所により安心した生活を送りたい <input type="checkbox"/> 2 寝たきりなどにより、食事、排泄、入浴等日常生活全般に介助が必要 <input type="checkbox"/> 3 認知症などにより常時の見守り、介護が必要 <input type="checkbox"/> 4 施設や病院等から退所を求められているが、自宅での生活が困難 <input type="checkbox"/> 5 介護者がいない、介護者が入院等で介護ができない <input type="checkbox"/> 6 介護者が、高齢、疾病、育児、就労、別居等のため、介護が困難 <input type="checkbox"/> 7 利用したい在宅サービスが十分でない（夜間訪問介護など） <input type="checkbox"/> 8 その他の理由（具体的にお書き下さい） 注：書ききれない場合は調査票③にお書き下さい。  (要介護1・2の場合は以下の項目についても該当するものすべてに☑印を記入してください) <input type="checkbox"/> 9 認知症、知的障害・精神障害等により、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等が頻繁に見られるため、居宅において日常生活を営むことが困難 <input type="checkbox"/> 10 家族等による深刻な虐待があるなど心身の安全・安心の確保が困難 <input type="checkbox"/> 11 その他、居宅において日常生活を営むことが困難な理由（具体的にお書き下さい。)		
同意及び説明確認欄	入所希望者、介護者を円滑に支援するために、市町村、ケアマネジャー等にこの申込内容を情報提供することに同意します。 また、入所申込から入所契約までの手続き及び入所順位の決定方法について、施設から説明を受けました。 平成 年 月 日 入所申込者又は申込代理者氏名 印			

## 事務処理欄

申込日：平成 年 月 日	受付日：平成 年 月 日	受付者
受付方法：来所・郵便・	意思確認：平成 年 月 日	
受付簿記入者：	受付簿記入日：平成 年 月 日	
入所基準 基準・特例	特例事由市町村確認：平成 年 月 日	該当 有・無

調査票 ① (特別養護老人ホーム日進ホーム)

		整理番号：	入所希望者氏名：	記入者氏名：		
現況		独居 ・ 高齢者世帯 ・ 家族同居 入院中 (病院名 ) ・ 入所中 (施設名 )				
生活状況	移動	歩行・杖・歩行器・車椅子・ストレッチャー ・その他 ( )		介助	自立・一部介助・全介助	
	食事	主) 普通・かゆ・ミキサー (箸・スプーン)		介助	自立・一部介助・全介助	
		副) 普通・一口大・きざみ・極きざみ・ミキサー				
	更衣 (着替え)			介助	自立・一部介助・全介助	
	整容 (身だしなみ)			介助	自立・一部介助・全介助	
	排泄	トイレ・ポータブル・尿器・便器・おむつ ・カテーテル・人工膀胱・人工肛門		介助	自立・一部介助・全介助	
	入浴	介助浴・座浴・特浴・その他 ( )		介助	自立・一部介助・全介助	
	送迎時の介助	車椅子 (要・不要) ・ストレッチャー (要・不要)				
※記入にあたっては、要介護認定調査時の資料から転記していただいても結構です。						
身体状況	視力	普通・見えにくい・見えない	身長	cm	体重	kg
	聴力	普通・聴こえにくい・聴こえない	精神状態	安定・不安定 (幻覚・興奮・攻撃・他 )		
	発語	普通・やや不自由・不自由	認知症	無・有 (日常生活自立度 I・II・III・IV・M)		
	理解力	普通・分かりにくい・分からない	問題行動	無・有 (徘徊・不潔行為・他 )		
健康状況	現疾患			病歴		
	主治医	病院名： 医師名：		TEL		
	医療の状況	経管栄養・胃ろう・カテーテル・人工膀胱・人工肛門・インシュリン・在宅酸素・その他 ( )				
	感染症	無 ・ 有 ( )		アレルギー	無・有 ( )	
	皮膚刺激	普通 ・ 弱い		麻痺	無・有 ( )	
	便秘	無 ・ 有 (服薬： 無 ・ 有)		拘縮	無・有 ( )	
	睡眠	良 ・ 不良 (服薬： 無 ・ 有)		褥瘡	無・有 ( )	
	嚥下	異常なし ・ むせる ・ つまる		湿疹	無・有 ( )	
入れ歯	無 ・ 有 (上 ・ 下)		口腔状況	良・否 ( )		
介護の状況	主たる介護者氏名	年齢	才	性別	男・女	続柄
	就労状況等	就業中・共働き・育児・その他 ( )				
	介護期間	年 月頃から	その他の介護者		無 ・ 有 ( ) 名	
	窓口相談	無・有 介護事業所・市町村・在宅介護支援センター・その他 ( ) 居宅介護支援事業者名 ( ) ケアマネジャー名 ( )				
住環境	区分	持ち家 ( 階 エレベーター 有・無) ・借家 ( 階 エレベーター 有・無)				
	住宅改修	可・不可・改修済 ( )				
	立地等	在宅サービス利用に問題点 無・有 (送迎・訪問・その他 )				
【その他の特記事項】 ※介護上の注意点や特別な介護方法など						
【介護上の悩み・困っていること】 ※書ききれない場合は調査票③にお書きいただいても結構です。						

調査票 ② (特別養護老人ホーム日進ホーム)

	整理番号：	入所希望者氏名：	記入者氏名：
入所希望者の心身の状況について	<p>常時の介護や身守りが必要である場合や、認知症などを原因とする問題行動があり、介護者の日常生活に支障がある場合は、その状況を具体的に記入してください。</p>		
家族・介護者等の状況について	<p>家族等の介護者がいない（単身世帯など）場合や、介護者、家族の病気又は高齢家族等の事情により、介護が困難である場合は、その状況を具体的に記入してください。</p>		
在宅生活の困難度の状況について	<p>現在居住する住宅による在宅生活の継続（住宅事情）が困難である場合や、在宅サービスについて、何らかの理由によりサービスを利用できない場合は、その理由について具体的に記入してください。</p>		

