

(様式1) ※太ワクの中をすべて記入してください(不明な点は、施設にご相談ください)

※□欄は、該当するものに×を記入してください

※介護保険被保険者証の写しと居宅サービス利用表及び別表の写しを添付してください。

指定介護老人福祉施設等入所申込書

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	(郵便番号 -)	電話番号(- -)	
	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 日から平成 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"/> 要介護認定を受けていない <input type="checkbox"/> 認定申請中(平成 年 月 日申請)		
世帯状況		<input type="checkbox"/> 同居家族がない(一人暮らし) <input type="checkbox"/> 同居家族がいる		
入所を希望する理由	<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」等により十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 介護者が就労していることから、十分な介護が困難なため。 <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等を求められているが、受け入れが困難なため。 <input type="checkbox"/> その他 []			
〔該当するものはすべて選んでください。〕				
指定介護老人福祉施設 悠々 施設長 殿 貴施設に入所を希望するため、申し込みます。 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 印 (続柄)				

提出者(連絡先)

氏名:	続柄:	電話番号:
〒: -		
住所:		

◎入所申込者の状況

申込者名

入所申込者の状況	サービス等の利用状況	<input type="checkbox"/> 他の施設や医療機関に入っている (・施設名又は医療機関名： (市・町・村)) (・入所又は入院時期：平成 年 月から入所(入院)している。) (・施設や医療機関から退所(退院)を求められているか。(いる ・ いない))
	サービスの利用状況	<input type="checkbox"/> 以前、指定介護老人福祉施設に入所していたが、医療機関に入院するため退所した (・入所していた施設名： (市・町・村)) (・退所した時期：平成 年 月 退所)
	在宅サービスの利用状況	<input type="checkbox"/> 在宅で介護保険の居宅サービス(訪問・通所系サービス及び短期入所)を受けている <input type="checkbox"/> 訪問介護(□毎日 □週4～6日 □週3日以下) <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護(□週3回以上 □週2回以下) <input type="checkbox"/> 訪問看護(□毎日 □週4～6日 □週3日以下) <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション(□毎日 □週4～6日 □週3日以下) <input type="checkbox"/> 通所介護(□毎日 □週4～6日 □週3日以下) <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション(□毎日 □週4～6日 □週3日以下) <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護(最近3か月の利用日数 日) <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護(最近3か月の利用日数 日) <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> その他() ※居宅サービス等が十分に受けられない理由など特にありましたらお書きください。 ()
住宅の状況	住宅の状況	<input type="checkbox"/> 他施設又は医療機関に入所・入院中であるが、退所後、行き場がない (理由)
	住宅の状況	<input type="checkbox"/> 段差・手すり・浴室・トイレ・居室の広さなどが介護に適さず、住宅改修も困難である (理由)
認知症などの状況	認知症などの状況	<input type="checkbox"/> 認知症などによる症状(頻繁にみられるもの)がある <input type="checkbox"/> 認知症などによる症状はない (□徘徊(室内を含む) □暴言や暴力がある □不潔行為(排泄物をいじるなど)) (□妄想(物を盗られたなど) □介護拒否(入浴、着替えなど) □幻覚(現実にはないものが見える)) (□不穏(いらいらしている) □抑うつ状態(ふさぎこんでいる) □異食(食べ物以外を口にすること)) (□昼夜の逆転がある □大声や奇声を出す □物を集める、無断で持ってくる) (□その他())
	特例入所の申立	居宅で日常生活を営むことが困難なことについてやむを得ない事由は、次のとおりです。 <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等が頻繁に見られる。 <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。 ※具体的状況 ()

ADL状況 記入日 平成 年 月 日 / 記入者()

名前			生年月日	M・T・S 年 月 日生()歳		
介護度	1・2・3・4・5		認知障害	I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M		
認定期間			障害	J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2		
既往歴			服薬			
移動	歩行	<input type="checkbox"/> 自立歩行(m)	排泄	尿意	有・無・時々	
		<input type="checkbox"/> 見守り歩行(m)		排尿回数	回/日・カテーテル留置(ml/日)	
		<input type="checkbox"/> 介助歩行(m)		便意	有・無・時々	
	つかまり立ち	可・不可		昼	自立・一部介助・全介助	
車椅子	必要・不必要			排せ場所	ベッド上・PTイレ・トイレ	
	普通・リクライニング			時間誘導	必要()・不要	
	自立駆動・一部介助・全介助			夜	自立・一部介助・全介助	
起居動作	寝返り	自立・見守り・一部介助・全介助		排せ場所	ベッド上・PTイレ・トイレ	
	起きあがり	自立・見守り・一部介助・全介助 ギャッジリモコン操作(可・不可)		時間誘導	必要()・不要	
	座位保持	自立・見守り・一部介助・全介助		便秘状況	有・無・時々	
	立ち上がり	自立・見守り・一部介助・全介助	下剤	有(回/日)・無		
	立位保持	自立・見守り・一部介助・全介助	入浴	一般浴・シャワー浴・特浴		
	移乗	自立・見守り・一部介助・全介助		自立・一部介助・全介助 (回/週)月・火・水・木・金・土・日		
	室内移動	自立・見守り・一部介助・全介助	更衣	自立・一部介助・全介助 ()		
補装具	短下肢装具・長下肢装具・胸・腰コルセット その他()		皮膚疾患	有・無 部位()治療の有無()		
			褥瘡	有・無 ()		
食事	自立・一部介助・全介助・経管 箸・スプーン・手づかみ・エプロン・自助具		麻痺	有・無 ()		
	義歯	有(上・下・部分)・無	拘縮	有・無 ()		
	形態	主食		感覚	視覚	普通・弱視・殆ど見えない 眼鏡(有・無)
		副食			聴覚	普通・難聴・殆ど聞こえない 補聴器(有・無)
		特別食			言語障害	有・無 失語症・構音障害・()
		補助食			コミュニケーション	支障なし・簡単な意思表示可・とれない
	カロリー	提供カロリー	kcal		睡眠	普通・浅眠・不眠・その他()
		摂取状況				眠剤の使用有()・無
	水分	トロミ	有・無		整容	自立・見守り・一部介助・全介助
		制限	有(ml)・無			
用具	コップ・ストロー・らくのみ・湯のみ					
嚥下障害	有(要見守り・吸引具常備)・無					
アレルギー	食物・薬物 有・無 ()					
身長	体重	月 日 kg	ALB	BMI		