

入所申込書(1-1)

申込年月日		令和 年 月 日				
本人	フリガナ 氏名		生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日(歳)	性別	男・女
	住所	郵便番号(-)		電話番号	()	
家族・申込者	フリガナ 氏名		続柄		備考	
	住所	郵便番号(-)		携帯電話	()	
	その他の連絡先	郵便番号(-)		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	郵便番号(-)		電話番号	()	
	フリガナ 担当者名		備考			
入院・入所先	事業所名		施設種別			
	所在地	郵便番号(-)		電話番号	()	
	フリガナ 担当者名		備考			
申込施設状況の	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】

・入所申込み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。

・入所可能な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営のため、この申込書及びそれらから作成した資料等を行う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希望者の状況について確認することに同意します。

令和 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	令和 年 月 日		
	準備					

入 所 申 込 書 (1-2)

介護認定	申請(更新・変更)中・済	被保険者番号	
要介護度	1・2・3・4・5	認定の有効期限	年 月 日 ~ 年 月 日
介護者の状況	該当する番号1つに○ (口内は該当項目にチェック)	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 (<input type="checkbox"/> 介護者が長期入院・入所 <input type="checkbox"/> 介護者が遠方の在住) 3, 介護する者はいるが、十分な介護力がない。 (介護者が <input type="checkbox"/> 要介護状態 <input type="checkbox"/> 病気療養中 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 要支援状態・高齢 <input type="checkbox"/> 就労している <input type="checkbox"/> 他にも介護している <input type="checkbox"/> 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	現在の住居及び介護サービス利用状況 該当する番号1つに○ (口内は該当項目にチェック)	1, 施設 <input type="checkbox"/> 特養(<input type="checkbox"/> 従来型 <input type="checkbox"/> ユニット型) <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> 養護 <input type="checkbox"/> ケアハウス <input type="checkbox"/> 認知症高齢者グループホーム <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> 救護・更生施設(保険施設) <input type="checkbox"/> 障害者入所施設 <input type="checkbox"/> 生活支援ハウス <input type="checkbox"/> その他() 2, 病院 (病名 : _____ 入院 : 平成・令和 _____ 年 _____ 月から) 3, 在宅 <input type="checkbox"/> 訪問介護(<input type="checkbox"/> 週4回以上 <input type="checkbox"/> 週2～3回 <input type="checkbox"/> 週1回) <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護(<input type="checkbox"/> 週1回以上) <input type="checkbox"/> 訪問看護/訪問リハビリテーション (<input type="checkbox"/> 週2回以上 <input type="checkbox"/> 週1回) <input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護 <input type="checkbox"/> 通所介護/通所リハビリテーション (週2回以上) <input type="checkbox"/> 週1回) <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 複合型サービス	
その他			

食 事	【主 食】 普 通 ・ むすび ・ 全 粥 ・ () 粥 ・ おもゆ									
	【副 食】 普 通 ・ キザミ ・ ミキサー ・ 流 動 ・ ムース									
	経管栄養 (胃ろう ・ 経 鼻)									
食 事 状 態	箸 ・ スプーン ・ フォーク ・ 自助具 ・ その他()									
	自力摂取 ・ 一部介助 ・ 全介助									
歩 行	自立 ・ 杖 ・ 手引き ・ 歩行器 ・ シルバーカー ・ 車椅子 ・ その他()									
車椅子移動	自走 ・ 一部介助(方向転換など) ・ 全介助									
移 行 動 作	自力 ・ つかまるものがあれば自力 ・ 介助者の補助があれば可 ・ 全介助									
起 上 げ	自力 ・ つかまるものがあれば自力 ・ 介助者の補助があれば可 ・ 全介助									
座 位	自力 ・ 支えるものがあれば自力 ・ 全介助									
寝 返 り	自力 ・ つかまるものがあれば自力 ・ 介助者の補助があれば可 ・ 全介助									
立 位	自力 ・ つかまるものがあれば自力 ・ 介助者の補助があれば可 ・ 全介助									
姿 勢	正常 ・ 前屈 ・ 円背 ・ 拘縮()									
意 思 疎 通 (視 力) (聴 力) (発 語)	普通 ・ 少し可 ・ 困難									
	普通 ・ 弱視 ・ 全盲									
	普通 ・ やや難聴 ・ 難聴 (補聴器使用: 有り ・ 無し)									
	普通 ・ 不自由 ・ 理解困難 ・ なし									
排 泄	ト イ レ	自力 ・ 一部介助 ・ 全介助 ()								
	ポ ー タ ブ ル	自力 ・ 一部介助 ・ 全介助 ()								
	尿 器	自力 ・ 一部介助 ・ 全介助 ()								
	お む つ	自力 ・ 一部介助 ・ 全介助 (汚染行為 有・無)								
	排 便 ・ 排 尿	便意・尿意(有 ・ 無) 自力 ・ 一部介助 ・ 全介助								
	そ の 他 ()									
入 浴 (方 法)	自力 ・ 一部介助 ・ 全介助									
	一般浴槽 ・ リフト浴槽 ・ 特殊浴槽									
着 脱	自力 ・ 一部介助(具体的に) ・ 全介助									
整 容	自力 ・ 一部介助 ・ 全介助				う が い	可 ・ 不可				
	洗 面	可 ・ 不可				爪 き り	可 ・ 不可			
	歯 磨 き	入れ歯 ・ 生歯 (入れ歯洗浄: 自立 ・ 介助)				整 容	可 ・ 不可			
精 神 ・ 行 動 障 害		ない	時々ある	ある		ない	時々ある	ある		
	被害的				一人で出たがる					
	作話				収集癖					
	感情が不安定				物や衣類を壊す					
	昼夜逆転				ひどい物忘れ					
	同じ話をする				独り言・独り笑い					
	大声を出す				自分勝手に行動する					
	介護に抵抗				話がまとまらない					
	落ち着きな									
日 常 生 活 自 立 度	認知症高齢者の日常生活自立度 自立 ・ I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M				障害高齢者の日常生活自立度 自立 ・ J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2					

医療の状況	<ul style="list-style-type: none"> ・鼻腔栄養チューブ ・胃ろう ・腸ろう ・在宅酸素 ・インシュリン注射 ・人工肛門パウチ ・その他() <p>現在治療中の病気、今までにかかった主な病気、特記事項など (把握されている範囲でご記入下さい)</p> <p>今までにかかった病気</p> <p>現在治療中の病気</p>
-------	---

利用者の被保険者情報	<ul style="list-style-type: none"> ・生活保護 ・健康保険 種類 ・年金の種類 <ul style="list-style-type: none"> ①国民年金 ②厚生年金 ③共済年金 <p>介護保険負担割合 ・1割 ・2割</p> <p>負担限度額 ・有 (2 ・ 3-① ・ 3-② 段階) ・ 無 4段階</p>
------------	--

家族図	
他	