# 入 所 申 込 書

※入所申込書提出時に、必ず介護保険証の写しを添付してください。

申込日： 令和　　年　　月　　日

## 1．ご本人の情報（入居したい方の情報）

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ご本人の情報 | フリガナ | | 明治・大正・昭和 | | 性別 |
| | 氏　名 | | 年　月　日（　歳） | | 女・男 |
| | 住　所 | 〒（　－　） | | 電話番号(携帯電話可) | |
| | 介護保険情報 | 保険番号 | | 介護度 | 1・2・3・4・5・認定中 |
| | | 有効期間 | 令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日 | | |

## 2．申込者の情報（上記の家族もしくは本人等）

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 申込者・家族情報 | フリガナ | | 続　柄 | 固定電話 |
| | 氏　名 | | | |
| | 住　所 | 〒（　－　） | | 携帯電話 |
| | 備　考 | 上記以外の連絡先 | | |

## 3．担当ケアマネジャー情報

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ケアマネ | 事業所 | | 担当者 | |
| | 電話番号 | | 備　考 | |

## 4．現在の居所（現在居る施設や病院名(※自宅以外の場所に居る場合)）

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 現在の居所 | 施設病院名 | | 担当者 | |
| | 電話番号 | | 備　考 | |

**【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。

令和　年　月　日　　㊞　（続柄：　　）

## ５．介護者（家族等）の状況

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･入所している　□ 介護者が遠方に在住 ）
３ 介護する者はいるが、十分な介護力がない。
介護者が（ □ 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）。

## ６．入居したい方の居所及び介護サービス利用状況

※該当する番号に○を付け、該当する□にチェックを付けてください。
１ 施設で生活している。
□ 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 病院に入院している。（病院名等ご記入下さい）
（病院名：　　）
（病名：　　平成・令和　　年　　月から入院）
３ 自宅で介護サービスを利用して生活している。
□ 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
□ デイサービス／デイケア（□ 週２回以上　□ 週１回）
□ 認知症対応型デイサービス
□ ショートステイ／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

## ７．特例入所申込（要介護１又は要介護２の方の入所申込）

要介護１又は要介護２の方が入所するためには、下記のいずれかに該当することが必要です。ご自身（又はご家族等）の判断で該当すると思われる項目にチェック☑をつけてください。

□ 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。
□ 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。
□ 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 。
□ 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）

（担当の介護支援専門員の意見）

事業所：　　担当者：

# 入所申込者状況

※分かる範囲でしっかりご記入下さい。

【身体状況】

| | |
|---|---|
| 移　動 | 自立・杖（ 自立・付添 ）・車いす（ 自立・見守り・乗降介助・押すだけ・全介助 ） |
| 備　考 | |
| 立　位 | 自立（ 長く立てる・長いこと立てない ）・介助があれば可能・立てない |
| 備　考 | |
| 座　位 | 自立（ 長く座れる・長いこと座れない ）・介助があれば可能・座れない |
| 備　考 | |
| 起上り | 一人で可能・何かにつかまれば可能・できない |
| | |
| 排　泄 | 自立（ 便所・ﾎﾟｰﾀﾌﾞﾙﾄｲﾚ・尿器 ）・誘導か声掛け・夜間のみおむつ・常時おむつ |
| | 尿意（ 有・無 ）・便意（ 有・無 ）・使用下着（ 布ﾊﾟﾝﾂ・紙ﾊﾟﾝﾂ・ｵﾑﾂ・ﾊﾟｯﾄ ） |
| 備　考 | |
| 入　浴 | 家庭用浴槽（ 自立・見守り・一部手伝い・全部介助 ）・家庭用では無理 |
| 備　考 | |
| 衣服着脱 | 自分でできる・衣服が選べない・適切に着れない・全部介助 |
| 備　考 | |
| 整　容 | 自分で全てできる・見守り・声掛け・一部を手伝えばできる・全部介助 |
| 備　考 | |
| 食　事 | 一人で食べれる・見守り・声掛け・一部を手伝えば食べれる・全部介助 |
| | |
| | 水分（ 普通・とろみをつけて・ｾﾞﾘｰ状 ） |
| 備　考 | |
| 口　腔 | 歯磨き（ できる・一部介助・できない ）うがい（ できる・一部介助・できない ） |
| | 義歯（ 全部・上だけ・下だけ・一部 ）・誤嚥（ 有・無 ） |
| 備　考 | |

【心身状況】

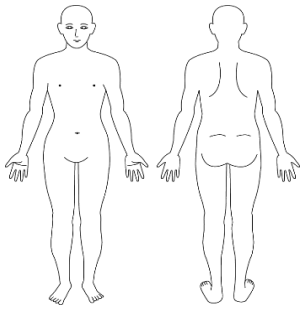
| | |
|---|---|
| 視　力 | 普通・見えにくいが生活に支障はない・見えているかわからない・見えない・眼鏡使用 |
| | |
| 聴　力 | 普通・大きい声だと聞こえる・聞こえているのかわからない・聞こえない・補聴器使用 |
| | |
| 言　語 | 聞き取れる・聞き取りにくい・何を言っているかわからない |
| | |
| 意思表示 | 意思表示できる・何らかの形で意思表示できる・意思表示できない |
| | |
| 理解力 | 理解できる・理解できているかわからない・理解できない |
| | |
| 意　欲 | なんでも意欲有り・気の向いたのものに意欲あり・あまり意欲はない・全部に意欲なし |
| | |
| 依存心 | 非常に強い・強い・普通・弱い・ない |
| | |
| 睡　眠 | よく眠れる・普通・あまり眠れない（気にするほどではない・気になっている） |
| | 眠前薬（　　） |
| | |
| 麻　痺 | 無 ・ 有（ 部位 ： |
| | |
| 拘　縮 | 無 ・ 有（ 部位 ： |
| | |
| 床ずれ | 無 ・ 有（ 部位 ： |
| | |
| 認知症 | 無 ・ 有（ 軽度 ・ 中度 ・ 重度 ）　種類（ ｱﾙﾂﾊｲﾏｰ ・ 脳梗塞 ・ その他 ） |
| | |
| その他 | 物忘れ ・ 被害妄想 ・ 徘徊 ・ 感情失禁 ・ 大声 ・ 暴力 ・ 暴言 ・ 昼夜逆転 ・ その他 |
| | |

※分かる範囲でしっかりご記入下さい。

【生活状況】

| | |
|---|---|
| 家族構成 | 以前の職業 |
| | 性　格 |
| | 現在利用中の介護サービス（利用回数） |
| 入居までの経過 | |
| | 経済状況<br><br>介護保険負担限度額認定証　（　　） |

【医療状況】

| | |
|---|---|
| 既往歴 | 肢体状況<br><br>変　形<br>×<br>切離断<br>感覚障害<br>運動障害 |
| 介護・医療面で注意することがあればご記入下さい。<br><br>入所希望時期（□今すぐ　□申し込みのみ）<br><br>医療状況（□経管栄養　□胃ろう　□インスリン　□在宅酸素　□導尿　□バルン<br>□その他　　） | |

【かかりつけ医療機関】

| | | | |
|---|---|---|---|
| 医療機関名 | | | |
| 所 在 地 | | | |
| 電話番号 | | FAX番号 | |
| 担当科名 | | 担当医名 | |
| 主 病 名 | | | |