

## 指定介護老人福祉施設入所申込書

ふりがな			入所申込者ご本人との関係	配偶者 子（同居・別居） その他（ ）							
申請書ご記入の方のお名前											
ふりがな			性別	男・女	生年月日	明大	年	月	日	満	歳
入所申込者ご本人のお名前											
被保険者番号											
住所	〒 -				この申込書についての問い合わせ先	自宅 自宅以外（ ） 電話					
要介護度	要介護1		要介護2		要介護3		要介護4		要介護5		
同居の方について	<input type="checkbox"/> ひとり暮らし <input type="checkbox"/> ご夫婦のみ（相手の方の年齢 歳） <input type="checkbox"/> ご夫婦以外に同居者がいる										
主に介護している方について	介護する方は <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない 主に介護される方は <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病弱 <input type="checkbox"/> 病気で治療中 <input type="checkbox"/> 障害がある 主に介護される方は <input type="checkbox"/> 働いている <input type="checkbox"/> 働いていない										
介護を手伝う方について	介護を手伝う方は <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない 手伝う方がいる場合その方は <input type="checkbox"/> 親戚 <input type="checkbox"/> 近所の方 <input type="checkbox"/> その以外の方（ ）										
お住まいについて	今のお住まいは <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅以外 自宅以外にお住まいの方は、戻る自宅が <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 立ち退きを求められている <input type="checkbox"/> 家屋の老朽化が著しい										
介護する上での住宅の問題について	<input type="checkbox"/> エレベーターのない集合住宅の2階以上に住んでいる <input type="checkbox"/> 自分の部屋がない <input type="checkbox"/> 自分の部屋とは別の階にトイレや風呂がある <input type="checkbox"/> 立ち退きを求められている <input type="checkbox"/> 家屋の老朽化が著しい										
その他あてはまるもの	<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 大声や奇声 <input type="checkbox"/> その他の行為（具体的に <input type="checkbox"/> 医療器具を使っている（具体的に <input type="checkbox"/> 病気がある（具体的な病名										

## 現在受けている介護や治療のようすについて

ご自宅以外での介護や治療（居宅にいらっしゃる方は未記入）	現在いらっしゃるの、 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム <input type="checkbox"/> ケアハウス <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 施設の名称 <input type="checkbox"/> 入所・入院開始日      年      月      日～										
ケアプランなどについて	ケアプランは、 <input type="checkbox"/> 作っている <input type="checkbox"/> 作っていない 相談できる介護支援専門員（ケアマネジャー）は、 <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない 介護支援専門員の氏名 事務所名      電話										
在宅サービスについて	在宅サービスは、 <input type="checkbox"/> 使っている <input type="checkbox"/> 使っていない 今後の利用は、      今のままでよい      もっと増やしたい サービスや使い方を改善したい { 具体的な内容 }										

私は、貴施設の入所に関する方法や手続きについて説明を受けました。この申込書にある内容を保険者・地域包括支援センター・指定するケアマネジャーへ提供することに同意します

特別養護老人ホーム

施設長 様

令和 年 月 日

氏名

## 介護老人福祉施設入所申込みに伴う意見書

ふりがな											
入所申込者 氏名	被保険者番号										
ケアプランに ついて	在宅サービス利用率	% (支給限度額に対する利用割合)									
	利用しているサービス										
	サービス名	利 用 回 数 等									
	サービスに対するご本人またはご家族の希望など										
ご本人の状況	1 身体の状況について（麻痺や拘縮など、介護を要する身体状況）										
	2 認知症等について（介護や見守りを要する認知症の症状）										
	3 疾患等について（特に注意を要するものや、医療器具の使用など介護や看護を要する疾患など）										
その他留意すべきこと	(ご本人の嗜好や性格など介護をするうえで把握しておくべきこと)										

記入者氏名		職 種	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> その他（      ）
事業所区分	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター	<input type="checkbox"/> その他（      ）	
事業所名		連絡先電話	

# 介護老人福祉施設入所申込書 別紙

(要介護1・2の方のみ)

対象者 氏名		生年月日	明・大・昭 年 月 日
住 所	調布市 _____町 ____丁目 _____番地 _____ (方書き・部屋番号など)		

居宅において日常生活を営むことが困難なことについて、以下のやむを得ない事由がある場合は、該当するところに☑を入れ、具体的な状況をお書きください。

認知症があり、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が頻繁にみられる

( )

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みられる

愛の手帳あり( 度)  精神保健手帳( 級)

( )

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

・誰による  
・どんな虐待

( )

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

単身世帯  高齢者又は病弱な者との同居

・同居者の年齢、病状等  
・サービス利用状況

( )

上記項目に該当なし

記入年月日	年 月 日	記入者氏名		続柄	
-------	-------	-------	--	----	--