

※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）
 ※口欄は、該当するものに×を記入してください

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	チョウジュ タロウ	保険者名	保険者となる市町村名をご記入ください									
	氏名	長寿 太郎	被保険者番号	0	0	0	1	2	3	0	7	2	5
	生年月日	明・大・昭 7年 1月 1日 (75) 歳	性別	(男) ・ 女)									
	現住所	(郵便番号 893 - 0024) 鹿児島県鹿屋市下祓川町1800番地 鹿屋長寿園					電話番号 (0994 - 43 - 2546)						
	認定状況	<input checked="" 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"/> 同居家族がいない (一人暮らし) <input checked="" type="checkbox"/> 同居家族がいる												
入所を希望する理由	<p>該当するものはすべて選んでください。</p> <input type="checkbox"/> 介護する者がいないため。 <input checked="" 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 checked="" 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												
指定介護老人福祉施設 鹿屋長寿園 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 平成 **年 **月 **日 (申込者) 住所 鹿児島県鹿屋市 氏名 長寿 花子 印 (続柄) 妻													

介護保険証に記載された内容をご記入ください

入所を希望される方の氏名をご記入ください。

住民票に記載されている住所をご記入ください。

★必ず捺印をお願いします
 押印無き物は無効です

日中に連絡が取れる連絡先をお願いします。(携帯等)

提出者 (連絡先)	氏名: 長寿 花子	続柄: 妻
	〒: -	電話番号: 000-0000-0000
	住所: 同上	

※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）

※口欄は、該当するものに×を記入してください

◎介護者・家族等の状況

※ 入所申込みに対する家族の同意等は備考欄に記入してください。

家族構成	続柄	氏名	年齢	入所希望者と	住所	電話	備考
	妻	長寿 花子	70	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	鹿屋市**番地	0000-40-**	同意
	長女	祓川 桜子	55	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	同上	同上	同意
	長男	長寿 太一	53	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	鹿児島市**24番地102	099-***-1234	同意
	次女	鹿屋 桃子	50	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	鹿屋市**町8	0993-**-5678	同意
				<input type="checkbox"/> 同居			

一親等以内の親族を記入して下さい。
一親等以内の親族がない場合は、兄弟・姉妹・甥・姪等を記入して下さい。

主たる	氏名	年齢	本人との関係	備考
	祓川 桜子	55	長女	

健康状態	<input checked="" type="checkbox"/> 疾病 <具体的に> 介護者に疾病等があればご記入ください <input type="checkbox"/> 健康
介護の状況	<input type="checkbox"/> 介護する者が要介護状態のため、介護困難な状態である <input checked="" type="checkbox"/> 仕事や入所希望者以外の人 の看病等があり、介護困難な状態である <具体的に> 〇〇商店に常勤(8時間勤務)勤務しており、母も介護中である。など <input type="checkbox"/> 多少介護は可能であるが、常時の介護は困難な状態である <具体的に> 高校生の子供がおり、部活の引率で外出の機会が多い。
介護の場所	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院又は介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> その他の施設に入所中
介護歴	平成元年 8月頃から介護している (期間: 約 18年)
就労	<input type="checkbox"/> していない <input checked="" type="checkbox"/> している (1日の勤務時間: 8時間)
介護協力者	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 随時あり (氏名 祓川 桜子 続柄 姪) <input type="checkbox"/> 常時あり (氏名 _____ 続柄 _____)
意見	[食事や排せつのこと、その他介護をしている上で困っていることなど] 飲み込みが悪く詰まりやすい。 オムツの中に手をいれたりします。 など、介護している上で困っていることを記入して下さい。

介護者の就労状況を記入して下さい。

該当する場合の記入例です。

介護協力者がいる場合の記入例です。

サービス等の利用状況	<input type="checkbox"/> 他施設や医療機関に入っている ・施設名又は医療機関名： 病院や施設に入院・入所している方 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。 三種類のうちいずれか一つに記入して下さい。 から退所（退院）を求められているか。（ いる ・ いない ）
	<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： 以前、特別養護老人ホームに入所していた方 市・町・村) ・退所した時期：平成 年 月 退所
	<input checked="" 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（ <input type="checkbox"/> 毎日 <input checked="" type="checkbox"/> 週4～6日 <input type="checkbox"/> 週3日以下） <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護（ <input type="checkbox"/> 週3回以上 <input type="checkbox"/> 週2回以下） <input type="checkbox"/> 訪問看護（ <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週4～6日 <input type="checkbox"/> 週3日以下） <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション（ <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週4～6日 <input type="checkbox"/> 週3日以下） <input checked="" type="checkbox"/> 通所介護（ <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週4～6日 <input checked="" type="checkbox"/> 週3日以下） <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション（ <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週4～6日 <input type="checkbox"/> 週3日以下） <input checked="" type="checkbox"/> 短期入所生活介護（利用日数 24 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 などで特にありましたらお書きください。 <input checked="" type="checkbox"/> 現在在宅サービス（通所サービス等）を受けながら生活されている方。
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） 自宅が古くなり、取り壊し中 など 該当する場合の記入例です。
	<input checked="" 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） 住んでいる家の住宅改修が困難か否か（経済的状況も含む）
認知症などの状況	<input checked="" 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 <input checked="" type="checkbox"/> 徘徊（室内も含む） <input checked="" type="checkbox"/> 暴言や暴力がある <input type="checkbox"/> 不潔行為（排泄物をいじるなど） <input type="checkbox"/> 妄想（物を盗られるなど） <input type="checkbox"/> 介護拒否（入浴、着替えなど） <input checked="" type="checkbox"/> 幻覚（現実にはないものが見える） <input type="checkbox"/> 不穏（いらいらして） <input type="checkbox"/> 抑うつ状態（ふさぎこんでいる） <input type="checkbox"/> 異食（食べ物以外を口にすること） <input checked="" type="checkbox"/> 昼夜の逆転がある <input type="checkbox"/> 大声や奇声を出す <input type="checkbox"/> 物を集める、無断で持ってくる <input type="checkbox"/> その他（ 該当する項目にチェックして下さい。 ）
入所申込者が要介護1・2の場合	※要介護1又は2の方が入所する為には、下記のいずれかに該当することが必要です。ご自身の判断で該当と思われる項目に印を付けてください。 <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 checked="" type="checkbox"/> 知的障害・精神障害等がある者であって、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 <input checked="" type="checkbox"/> ※詳細は「別紙」の様式に記入してください。

三種類のうちいずれか一つに記入して下さい。

病院や施設に入院・入所している方

以前、特別養護老人ホームに入所していた方

現在在宅サービス（通所サービス等）を受けながら生活されている方。

該当する場合の記入例です。

該当する項目にチェックして下さい。

要介護1・2の方は該当する項目にチェックして下さい。

チェックがない方の申込は受け付けることができません。

具体的内容は別紙への記入をお願いします。

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	I・II・III・IV・V			
意識レベル	I-1・2・3 II-10・20・30 III-100・200・300		障害	J・A・B・C			
既往歴			服薬				
<div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; display: inline-block; color: red;"> 必ず、入院・入所中のソーシャルワーカーか、担当ケアマネジャーに記入してもらってください。(全ての項目) </div>							
移動	歩行	有・無・時々		排泄	排尿回数	回/日・カテーテル留置(ml/日)	
	つかまり立ち	可・不可	便意		有・無・時々		
	平行棒歩行	可・不可	昼		自立・一部介助・全介助		
	車イス	必要・不要	排泄場所		ベッド上・PTイレ・トイレ		
起居動作	寝返り	自立・見守り・一部介助・全介助		時間誘導	必要(別紙記載)・不要		
	起き上がり	自立・見守り・一部介助・全介助		夜	自立・一部介助・全介助		
	座位保持	自立・見守り・一部介助・全介助		排泄場所	ベッド上・PTイレ・トイレ		
	立ち上がり	自立・見守り・一部介助・全介助		時間誘導	必要(別紙記載)・不要		
	立位保持	自立・見守り・一部介助・全介助		便秘状況	有・無・時々		
	移乗	自立・見守り・一部介助・全介助		下剤	有(回 / 日)・無()		
	屋内移動	自立・見守り・一部介助・全介助		入浴	一般浴・シャワー浴・特浴 自立・一部介助・全介助 (回 / 週)		
	補装具	短下肢装具・長下肢装具・胸・腰コルセット その他()		更衣	自立・一部介助・全介助 ()		
食事	自立・一部介助・全介助・経管	皮膚疾患		有・無 部位() 治療の有無()			
	義歯	有()・無		褥瘡		有・無 ()	
	形態	主食	麻痺		有・無 ()		
		副食	拘縮		有・無 ()		
		特別食 補食	感覚		視覚 普通・弱視・ほとんど見えない 眼鏡 ~ 有・無 聴覚 普通・難聴・ほとんど聞こえない 補聴器 ~ 有・無		
	カロリー	提供カロリー 摂取状況	言語障害		有・無 失語症・構音障害・その他		
	水分	トロミ	有・無		整容		自立・一部介助・全介助 ()
		制限	有(ml)・無		コミュニケーション		支障なし・簡単な意思表示できる・取れない ()
	嚥下障害	有(見守り要・吸引具常備)・無		睡眠		普通・浅眠・不眠・その他() 眠剤の使用 有()・無	
	アレルギー	食物・薬物 ~ 有・無 ()					
身長	体重						