

入居申込書

ご利用予定者				
ふりがな 氏名		印	男・女	
生年月日	M・T・S 年 月 日生	年齢	歳	
住所	(〒 -)			
電話番号	() -			
介護保険情報	被保険者番号			要介護度
	認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
現在の居所	自宅・病院・他の介護保険施設・その他()			
申し込み日	令和 年 月 日			

ご家族・身元引受人				
ふりがな 氏名		印	男・女	
続柄		居所の 状況	同居・別居	
住所	(〒 -)			
電話番号	自宅	() -		
	勤務先・携帯			
その他	(申込時、特にお聞きしておくべき事項がございましたら、ご記入ください。)			

※「診療情報提供書」、「介護保険被保険者証」を添えて、施設窓口へご提出下さい。

担当職員確認欄 (氏名) _____ 印 (確認日) 年 月 日

入居希望調査票 I

申込者	ふりがな			性別	□男性 □女性
	氏名				
	生年月日	□明治 □大正 □昭和	年 月 日	年齢	歳
	担当ケアマネジャー	氏名			
		所属先			
要介護	※現在の要介護度について該当するものに印を付けて下さい				
	□要介護1 □要介護2 □要介護3 □要介護4 □要介護5				
居宅サービスの利用状況	※在宅生活を送っておられる方について、訪問介護や短期入所等の介護保険(居宅サービス)を利用している場合は、直近3ヶ月以内の利用単位数を担当ケアマネジャーに確認していただきご記入ください。				
	前々月	())単位
	前月	())単位
	今月	())単位
入院・入所状況	※現在医療機関(病院、診療所)や施設等に入院・入所先の病院名及び入院・入所期間についてご記入下さい。				
	病院(施設)名				
	入院(入所)期間	年 月			
医療状況	既往症	※これまでにかかったことのある疾患、現在治療中の病気について病名をご記入ください。(脳梗塞、結核、高血圧、肝炎、梅毒、感染症、糖尿病など)			
	医療状況	※現在受けている処置があれば該当するものすべてに印を付けて下さい。 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 胃瘻 ^{イロウ} 経管栄養 <input type="checkbox"/> 鼻腔 ^{ビクウ} 経管栄養 <input type="checkbox"/> 自己導尿(バルーンカテーテル) <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 褥瘡 ^{ジュクソウ} <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 吸痰 ^{キョウタン} <input type="checkbox"/> その他()			
通院状況	通院場所	頻度		月	回
				月	回
				月	回
				月	回
				月	回
家族等介護者の状況	※申込者の家族介護状況について該当するもの1つに印を付けて下さい。他施設へ入院・入所されている場合は、退院(退所)後に自宅へ帰られた際に想定される家族介護状況について該当するもの1つに印を付けて下さい。 <input type="checkbox"/> 一人暮らしであるため、介護を行う者がいない。 <input type="checkbox"/> 介護を行う者が要介護状態、病氣療養中、障害があるなどの理由により介護が困難。 <input type="checkbox"/> 介護を行う者が高齢、病弱であり、十分な介護を行うことが困難。 <input type="checkbox"/> 介護を行う者が複数の介護や育児を行っている状況にあり、十分な介護が困難。 <input type="checkbox"/> 介護を行う者が就労しているため、十分な介護が困難。				

身体状況	※申込者の身体の状態について該当するものに印を付けて下さい。				
	移動	<input type="checkbox"/> 自立歩行 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子(自操) <input type="checkbox"/> 車椅子(介助) <input type="checkbox"/> リクライニング			
	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 眼鏡使用 <input type="checkbox"/> 見えない			
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聞こえにくい <input type="checkbox"/> 大声で聞き取れる <input type="checkbox"/> 聞こえない			
	言語	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 話しにくい <input type="checkbox"/> 話せない			
	食事	<input type="checkbox"/> 自力摂取 <input type="checkbox"/> 部分的に介助や見守りが必要 <input type="checkbox"/> 全面的に介助が必要			
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分的に介助や見守りが必要 <input type="checkbox"/> 全面的に介助が必要			
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分的に介助や見守りが必要 <input type="checkbox"/> 全面的に介助が必要			
精神症状・行動障害の状況	※申込者の精神症状・行動障害の状況について該当するものすべてに印を付けて下さい。				
	<input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> 幻視幻聴 <input type="checkbox"/> 感情が不安定 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言暴行 <input type="checkbox"/> 同じ話をする <input type="checkbox"/> 大声を出す <input type="checkbox"/> 介護に抵抗 <input type="checkbox"/> 常時の見守り <input type="checkbox"/> 落ち着き無し <input type="checkbox"/> 外出して戻れない <input type="checkbox"/> 一人で外に出たがる <input type="checkbox"/> 収集癖 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 物や衣類を壊す <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行為 <input type="checkbox"/> その他()				
家族構成	同居の家族(一人暮らしの場合は本人)の続柄・名前		別居の家族の続柄・名前・住所		
	続柄	名前	続柄	名前	住所
※キーパーソン・本人にとって最重要とされる人(氏名・健康・就労等)					
居室希望	※多床室(2人部屋)、従来型個室(1人部屋)、ユニット型個室(1人部屋)と3タイプのお部屋がありますが、どれか希望するものに印を付けて下さい。(居住費が違います)				
	<input type="checkbox"/> 空室が出たらどの部屋でも良い <input type="checkbox"/> ユニット型個室 <input type="checkbox"/> 多床室のみ <input type="checkbox"/> 従来型個室のみ <input type="checkbox"/> できれば多床室 <input type="checkbox"/> できれば従来型個室				
入居希望理由	※申込者の方についての現況やご本人及びご家族がお困りになっていることについて何でも結構ですのでお書きください。				
説明確認欄	私は次の事項について施設より説明を受けました。				
	<ul style="list-style-type: none"> ・入居申込みから入居契約まで必要な手続き及び入居にあたっての注意事項について ・入居順位決定について ・入居の順位見直しについて 				
			年 月 日	本人との続柄	
			氏名	()	

入居希望調査票Ⅱ

氏名	ふりがな		申込受付日	年 月 日							
	氏名										
本人および介護者の状況			該当に○をつける	点 数							
				1回目	2回目	3回目	4回目	5回目	6回目		
要介護度	要介護5	40点									
	要介護4	40点									
	要介護3	20点									
	要介護2	10点									
	要介護1	5点									
	認知症,知的障害・精神障害等による不適応行動あり (要介護1～3のみ加算)	10点									
介護の必要性	① 身体的理由またはに認知症、知的障害・精神障害等による不適応行動のため在宅生活を継続する事が困難であり、介護保険の居宅サービスの利用が要介護1～5の利用上限単位数の平均の										
	6割以上	30点									
	4割以上6割未満	20点									
	4割未満	10点									
	② 在宅生活が困難なため当該特養以外の施設に入所(入院)している		20点								
家族等介護者の状況	① 単身	30点									
	② 高齢者世帯、介護者が虚弱等	20点									
	③ 介護者が就業中・複数の人を介護している等	10点									
合 計											
			点	点	点	点	点	点	点	点	

入居希望時期	<input type="checkbox"/> なるべく早く <input type="checkbox"/> 年 月頃	備考
--------	--	----

特例入所対象者 (要介護1又は2)	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	(該当要件)	<input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害 <input type="checkbox"/> 虐待の疑い <input type="checkbox"/> 家族等介護者の状況	保険者市町 意見	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当
----------------------	---	--------	--	-------------	---

他の特別養護老人ホームへの申し込み状況	1. 申し込んでいる (申し込んでいる場合の施設名)	2. 申し込んでいない
---------------------	-------------------------------	-------------