

入 所 申 込 書 ①

申込年月日		令和 年 月 日					
本 人	フリガナ		明治・大正・昭和			性別	男・女
	氏 名		生年月日	年 月 日 (歳)			
	住 所	郵便番号 (-)			電話番号	()	
家 族 ・ 申 込 者	フリガナ		続 柄		備 考		
	氏 名						
	住 所	郵便番号 (-)			携帯番号	()	
					電話番号	()	
居 宅 介 護 支 援 事 業 者	その他の 連絡先	郵便番号 (-)			電話番号	()	
	事業所名				事業者番号		
	所在地	郵便番号 (-)			電話番号	()	
入 院 ・ 入 所 先	フリガナ		備 考				
	担当者名						
	施設名				施設種別		
他 施 設 の 申 込 状 況	所在地	郵便番号 (-)			電話番号	()	
	フリガナ		備 考				
	担当者名						
施 設 記 入	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		
	備考					

入 所 申 込 書 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	認定の有効期間	年 月 日～ 年 月 日

介護者の状況	(□内は該当項目にチェック) 該当する番号1つに○	1. 身寄りがなく、介護する者がいない (遠くても血縁関係の方が健在であれば当てはまりません)
		2. 介護する者がいない (□ 介護者が長期入院・入所 □ 介護者が遠方に在住 : 所在地)
		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 □就労 □要支援状態 □高齢 □介護の重複 □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)
		※ 現在の介護する方の状況及び上記5に該当する方は差し支えない程度で状況を教えて下さい。

入所希望者の状況①	現該(□内は該当項目にチェック) 在のする番号1つに○ 居及び介護サービスの利用状況	1. 施設 □ 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 施設名(省略せずに記入下さい) :
		2. 病院 (病名: 入院: 年 月から) 病院名(省略せずに記入下さい) :
		3. 在宅 □ 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 □ 通所介護/通所リハビリテーション (□ 週2回以上 □ 週1回) □ 認知症対応型通所介護 □ 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) □ 小規模多機能型居宅介護 □ 複合型サービス

入所希望者の状況②	(各欄の該当項目にチェック)	食 事 取 扱	□ 自立 □ 見守り □ 一部介助 □ 全介助 一部介助の場合何割ほどか (割程)
			食事形態 主食 □ 普通の御飯 □ 粥 □ ミキサー状 □ パースト状 副食 □ 普通おかず □ キザミ □ ミキサー状 □ パースト状
		排 泄	□ 自立 □ 見守り □ 一部介助 □ 全介助
			□ 日中・夜間トイレ □ 日中トイレ・夜間オムツ □ 日中・夜間オムツ使用
		移 動	□ 自立 □ 見守り □ 一部介助 □ 全介助
			□ 歩行 □ 杖使用 □ 歩行器使用 □ 車椅子使用 □ 寝たきり
		入 浴	□ 自立 □ 見守り □ 一部介助 □ 全介助
		更 衣	□ 自立 □ 見守り □ 一部介助 □ 全介助
		視 力	□ 普通 □ 眼鏡使用で普通 □ 人影分かる程度 □ ほぼ見えない
		聴 力	□ 普通 □ 補聴器使用で普通 □ 大きめやゆっくりの声で □ ほぼ聞こえない
意思伝達	□ 普通 □ 聞き取りにくい □ 聞き取れない □ 話すのが困難		

入 所 申 込 書 ③

入 所 希 望 者 の 状 況 ③	(各欄の該当項目にチェック) 精神症状 (行動障害)	※ 下記の16項目の行動について、該当する □ にチェックを入れて下さい			
		1. 「物を盗られた」等、被害的になる事がある	☐ ない	☐ 時々ある	☐ ある
		2. 作話をして周囲に言い回ったりする事がある	☐ ない	☐ 時々ある	☐ ある
		3. 泣いたり笑ったりして感情が不安定になる事がある	☐ ない	☐ 時々ある	☐ ある
		4. 夜間の不眠等、昼夜逆転がある	☐ ない	☐ 時々ある	☐ ある
		5. しつこく同じ話をしたりする事がある	☐ ない	☐ 時々ある	☐ ある
		6. 大声を出す事がある	☐ ない	☐ 時々ある	☐ ある
		7. 助言を聞き入れなかったり、介護に抵抗する事がある	☐ ない	☐ 時々ある	☐ ある
		8. 暴言や暴力がある	☐ ない	☐ 時々ある	☐ ある
		9. 「～に行く」「家に帰る」等と言って、落ち着き無い事ある	☐ ない	☐ 時々ある	☐ ある
		10. 1人で外に出たがり、目が離せない事がある	☐ ない	☐ 時々ある	☐ ある
		11. 自分勝手に行動しようとする事がある	☐ ない	☐ 時々ある	☐ ある
		12. 色々な物を集めたり、無断で持ってくる事がある	☐ ない	☐ 時々ある	☐ ある
		13. 物を壊したり、衣服を破いたりする事がある	☐ ない	☐ 時々ある	☐ ある
		14. 食事の直後に「食べていない」等、ひどい物忘れがある	☐ ない	☐ 時々ある	☐ ある
		15. 食べられない物を口に入れたりする事がある	☐ ない	☐ 時々ある	☐ ある
		16. 不潔な行為をする事がある	☐ ない	☐ 時々ある	☐ ある

入 所 者 本 人 の 状 況 ④	(各欄の該当項目にチェック) 医療面の状況	※ 下記の医療面について、該当する □ にチェックを入れて下さい		
		☐ 経管栄養 (胃ろう・経鼻・腸ろう)		☐ 中心静脈栄養
		☐ インスリン自己注射	☐ カテーテル	☐ ストーマ(人工肛門)
		☐ 酸素療法	☐ 気管切開の処置	☐ 疼痛看護
		☐ その他(		
		☐ 褥瘡処置		
		※ 現在治療中の病気及び既往歴と病院名(かかりつけ医)についてご記入下さい		
		○ 現在、治療中の病気(書ききれない場合は別紙を用意して下さい)		
		病 名	医 療 機 関	期 間
		○ 既往歴		
受診している病院(かかりつけ医)		担当医師		

そ の 他	介護や医療面で 気になる事	介護者の方が介護をする上で困っている事や気になる事があれば記入して下さい	
		医療面の気になる事や心配な事があれば記入して下さい	
	入所希望者の 生活歴	現在に至るまでの生活歴について、簡単に分かる範囲で記入して下さい	
	入所希望 時期	☐ 施設より案内があればすぐにでも入所希望 ☐ 施設より案内があれば家族で検討する ☐ しばらくは在宅での生活を続ける	

(特別養護老人ホーム 富山荘)

※赤字の部分で該当する項目を記入。不明な部分は空白でも構いません。わかる範囲で結構です。

入 所 申 込 書 ①(記入例)

申込年月日		令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日						
本人	フリガナ	とみやま ももこ		生年月日	明治・大正・昭和		性別	男・女
	氏名	富山 桃子			〇〇年 〇〇月 〇〇日(〇〇歳)			
	住所	郵便番号(703-8261) 岡山市中区海吉2306-1				電話番号	086-(200)-1050	
家族・申込者	フリガナ	とみやま たろう		続柄	長男	備考		
	氏名	富山 太郎						
	住所	郵便番号(703-8261) 岡山市中区海吉2306-1				携帯番号	090(0000)0000	
	その他の連絡先	郵便番号(703-8261) 岡山市中区海吉〇〇番地 富山 次郎(次男)				電話番号	086(200)1050	
居宅介護支援事業者	事業所名	〇〇居宅介護支援事業所			事業者番号	3370000000		
	所在地	郵便番号(△△△ -△△△△) 岡山市〇区〇〇町〇〇番地				電話番号	086(000)0000	
	フリガナ	□□□ □□□□		備考				
担当者名	〇〇 〇〇〇							
入院・入所先	施設名	岡山〇〇病院			施設種別	病院		
	所在地	郵便番号(△△△ -△△△△) 岡山市〇区〇〇町〇〇番地				電話番号	086(000)0000	
	フリガナ	□□□ □□□□		備考				
	担当者名	〇〇 〇〇〇MSW						
他施設の申込状況	施設名1	■ ■ ■ 荘			申込 予定・済 (申込時期 〇〇年 〇〇月頃)			
	施設名2	● ● ● 苑			申込 予定・済 (申込時期 〇〇年 〇〇月頃)			
	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 富山 太郎 (印) (続柄 長男)

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		
	備考					

入 所 申 込 書 ②

介護認定	申請(更新・変更)中・済	被保険者番号	0000000000←10桁の数字
要介護度	1・2・3・4・5	認定の有効期間	令和〇年〇〇月〇〇日～令和〇年〇〇月〇〇日

介護者の状況	該当する番号1つに〇 (□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 (遠くても血縁関係の方が健在であれば当てはまりません)
		2. 介護する者がいない (□ 介護者が長期入院・入所 □ 介護者が遠方に在住 : 所在地)
		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 ■ 就労 □ 要支援状態 □ 高齢 □ 介護の重複 □ 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)
		※ 現在の介護する方の状況及び上記5に該当する方は差し支えない程度で状況を教えて下さい。 (記載例) 母(富山桃子)は、一人暮らしで、長男夫妻(富山太郎)は近所に住んでいて、食事の世話をしていたが、2年前に自宅で転倒後、車いすの生活となり、一人での生活が困難で、長男夫妻も就労しており、母の世話をすることが困難な状況。

入所希望者の状況①	現該(□内は該当する住居番号及び介護サービスの利用状況)	1. 施設 □ 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 施設名(省略せずに記入下さい) :
		2. 病院 (病名: 左大転子部骨折 入院: 〇〇 年 〇〇 月から) 病院名(省略せずに記入下さい) : 岡山〇〇病院
		3. 在宅 □ 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 □ 通所介護/通所リハビリテーション (□ 週2回以上 □ 週1回) □ 認知症対応型通所介護 □ 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) □ 小規模多機能型居宅介護 □ 複合型サービス

入所希望者の状況②	(各欄の該当項目にチェック)	食 事 取 扱	□ 自立 ■ 見守り □ 一部介助 □ 全介助 一部介助の場合何割ほどか (割程) 食事形態 主食 □ 普通の御飯 ■ 粥 □ ミキサー状 □ ペースト状 副食 □ 普通おかず ■ キザミ □ ミキサー状 □ ペースト状
		排 泄	□ 自立 □ 見守り ■ 一部介助 □ 全介助 □ 日中・夜間トイレ ■ 日中トイレ・夜間オムツ □ 日中・夜間オムツ使用
		移 動	□ 自立 □ 見守り ■ 一部介助 □ 全介助 □ 歩行 □ 杖使用 □ 歩行器使用 ■ 車椅子使用 □ 寝たきり
		入 浴	□ 自立 □ 見守り ■ 一部介助 □ 全介助
		更 衣	□ 自立 □ 見守り ■ 一部介助 □ 全介助
		視 力	■ 普通 □ 眼鏡使用で普通 □ 人影分かる程度 □ ほぼ見えない
		聴 力	□ 普通 □ 補聴器使用で普通 ■ 大きめやゆっくりの声で □ ほぼ聞こえない
		意思伝達	■ 普通 □ 聞き取りにくい □ 聞き取れない □ 話すのが困難

入所希望者の状況		③	
(各欄の該当項目にチェック) 精心症状 (行動障害)		※ 下記の16項目の行動について、該当する ☐ にチェックを入れて下さい	
		1. 「物を盗られた」等、被害的になる事がある	☒ ない ☐ 時々ある ☐ ある
		2. 作話をして周囲に言い回ったりする事がある	☒ ない ☐ 時々ある ☐ ある
		3. 泣いたり笑ったりして感情が不安定になる事がある	☒ ない ☐ 時々ある ☐ ある
		4. 夜間の不眠等、昼夜逆転がある	☐ ない ☒ 時々ある ☐ ある
		5. しつこく同じ話をしたりする事がある	☐ ない ☒ 時々ある ☐ ある
		6. 大声を出す事がある	☒ ない ☐ 時々ある ☐ ある
		7. 助言を聞き入れなかったり、介護に抵抗する事がある	☒ ない ☐ 時々ある ☐ ある
		8. 暴言や暴力がある	☒ ない ☐ 時々ある ☐ ある
		9. 「～に行く」「家に帰る」等と言って、落ち着き無い事ある	☐ ない ☒ 時々ある ☐ ある
		10. 1人で外に出たがり、目が離せない事がある	☒ ない ☐ 時々ある ☐ ある
		11. 自分勝手に行動しようとする事がある	☐ ない ☒ 時々ある ☐ ある
		12. 色々な物を集めたり、無断で持ってくる事がある	☒ ない ☐ 時々ある ☐ ある
		13. 物を壊したり、衣服を破いたりする事がある	☒ ない ☐ 時々ある ☐ ある
		14. 食事の直後に「食べていない」等、ひどい物忘れがある	☐ ない ☒ 時々ある ☐ ある
		15. 食べられない物を口に入れたりする事がある	☒ ない ☐ 時々ある ☐ ある
16. 不潔な行為をする事がある	☒ ない ☐ 時々ある ☐ ある		

入 所 者 本 人 の 状 況 ④	(各欄の該当項目にチェック) 医療面の状況	※ 下記の医療面について、該当する ☐ にチェックを入れて下さい		
		☐ 経管栄養(胃ろう・経鼻・腸ろう)	☐ 中心静脈栄養	
		☐ インスリン自己注射	☐ カテーテル	☐ ストーマ(人工肛門)
		☐ 酸素療法	☐ 気管切開の処置	☐ 疼痛看護
		☐ その他()		
		※ 現在治療中の病気及び既往歴と病院名(かかりつけ医)についてご記入下さい		
		○ 現在、治療中の病気(書ききれない場合は別紙を用意して下さい)		
		病 名	医 療 機 関	期 間
		左大腿骨転子部骨折	岡山〇〇病院	令和〇〇年〇〇月～〇〇月
○ 既往歴				
右大腿骨転子部骨折	岡山〇〇病院	令和〇〇年頃		
高血圧症	岡山〇〇病院	令和〇〇年頃		
アルツハイマー型認知症	岡山〇〇病院	令和〇〇年頃		
受診している病院(かかりつけ医)		岡山〇〇病院	担当医師 ☐ 口医師	

その	介護や医療面で気になる事	介護者の方が介護をする上で困っている事や気になる事があれば記入して下さい ※気になる事を記入して下さい
	医療面の気になる事や心配な事があれば記入して下さい	医療面の気になる事や心配な事があれば記入して下さい ※気になる事を記入して下さい
他の	入所希望者の生活歴	現在に至るまでの生活歴について、簡単に分かる範囲で記入して下さい ※記載例：岡山市で生まれ、〇〇歳ごろ結婚、1男1女に恵まれ、夫は〇〇年に他界後一人暮らし 自宅で転倒後、認知症もあり。現在入院中で自宅での生活は難しい状況。
	入所希望時期	☐ 施設より案内があればすぐにでも入所希望 ☐ 施設より案内があれば家族で検討する ☐ しばらくは在宅での生活を続ける