

指定介護老人福祉施設入所申込書
(特別養護老人ホーム)

施設名

知多共愛の里 施設長 様

入所を希望するので、下記のとおり申込みます。

申込日	平成	年	月	日
受付日	平成	年	月	日
受付者				

入所希望者	ふりがな				性	男	生年月日			
	氏名				別	女	明・大・昭	年	月	日
	住所	〒						(TEL)		
								(FAX)		
被保険者番号					要介護度	1 2 3 4 5				
保険者番号					保険者名					
初回要介護認定年月日	平成 年 月 日				認定の有効期間	平成 年 月 日～平成 年 月 日				
認定審査会の意見等										

※上記（初回要介護認定年月日以外）は、入所希望者の介護保険被保険者証から転記願います。

申込者	住所	〒						(TEL)		
								(FAX)		
	ふりがな				入所希望者との続柄					
	氏名									
連絡先	住所	〒						(TEL)		
								(FAX)		
	ふりがな				入所希望者との続柄					
	氏名									

※申込者以外の方へ連絡を希望される方は、連絡先欄もご記入ください。

申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込む。	<input type="checkbox"/> 他の施設も申し込んでいる。又は申し込む予定。
	既に申し込んだ施設名	() ()
		() ()
	申し込み予定施設名	() ()
	() ()	() ()

入所希望者等の状況

※該当する□にレ印のうえその状況をご記入ください。

現在の居所	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らしをしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 特養・老健などの施設や病院に入っている 施設又は病院名 () 所在地 () 施設等へ入所又は入院した時期 (昭和・平成 年 月から)				
入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ <input type="checkbox"/> 半年以内 <input type="checkbox"/> 1年以内 <input type="checkbox"/> その他 ()				
入所を希望する理由 (該当するものをいくつでも選んでください)	<input type="checkbox"/> 介護する者がいないため <input type="checkbox"/> 介護する者が遠く離れたところに住んでいるため <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」、「障害」、「病気」等により介護することが困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者が就労していて介護することが困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者の身体的・精神的負担が大きいため <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により、十分な介護をすることが困難なため <input type="checkbox"/> 施設や病院から退所(退院)を求められているため <input type="checkbox"/> その他 ()				
医療に関する状況	現在治療中の病気 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有・病名 () 特別な医療的対応 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (有の場合は下の項目にレ印等をお願いします) <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> その他 () その他健康状態に関する特記事項 []				
認知症等による問題行動	<input type="checkbox"/> 該当なし 該当ありの場合は下の問題行動欄・発生頻度欄にレ印等をお願いします <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 不穏行動 <input type="checkbox"/> 自傷行為 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> ほとんど毎日 <input type="checkbox"/> 週3～4回程度 <input type="checkbox"/> 週1～2回程度 <input type="checkbox"/> 月数回程度				
介護に関する状況	飲水食事摂取	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	排尿	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	排便	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	歩行	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	衣服着脱	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	視力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やや見えにくい	<input type="checkbox"/> かなり見えにくい	<input type="checkbox"/> 全く見えない
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やや聞えにくい	<input type="checkbox"/> かなり聞えにくい	<input type="checkbox"/> 全く聞えない
	意思の伝達	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やや伝えにくい	<input type="checkbox"/> かなり伝えにくい	<input type="checkbox"/> 全く伝えられない

※この書類は、入所判定に重要ですから、入所希望者の状況等を正確に記入してください。

※申込書に添えて次の書類を提出してください。

- 1 入所希望者の介護保険被保険者証(写)
- 2 直近のサービス利用表及び別表(写) ……現在、在宅でお過ごしの方のみ提出してください。

主たる介護者の状況	ふりがな		性	男	生年	明・大・昭	続	
	氏名		別	女	月日	年 月 日 (歳)	柄	
	居住関係	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 (住所:) 入所希望者宅までの所要時間 (約 時間 分) 入所希望者宅までの主な交通手段 ()						
	就労状況	<input type="checkbox"/> 就労していない <input type="checkbox"/> 就労している (週 日、週 時間程度)						
	健康状態	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病弱・要入院加療 (か月程度・病名) ・入院していないが継続的な治療を要する・病名 () ・慢性疾患等で定期的に通院中・病名 ()						
	身体状況	<input type="checkbox"/> 障害有 (級・障害の種類:) <input type="checkbox"/> 無						
	要介護度	<input type="checkbox"/> 有 (要支援・要介護 1・2・3・4・5) <input type="checkbox"/> 無 ※該当するものを○で囲んでください。						
他に対応を要する家族の有無	<input type="checkbox"/> 他に対応を要する家族はいない <input type="checkbox"/> 育児に必要な家族がいる (子どもの年齢 歳) <input type="checkbox"/> 3か月以上看病 (付添) の必要な家族がいる (自宅療養・入院中) <input type="checkbox"/> 入所希望者以外に介護に必要な家族がいる 要介護度 (要支援・要介護 1・2・3・4・5) ※該当するものを○で囲んでください。 <input type="checkbox"/> 介護に必要な障害を有する家族がいる (級・障害の種類:)							
介護協力者の有無	<input type="checkbox"/> 協力してくれる人はいない <input type="checkbox"/> 親族以外の協力者 (近隣者など) がいる <input type="checkbox"/> 同居以外の親族に協力者がいる <input type="checkbox"/> 同居親族に協力者がいる							
【介護をしていて困っていること、その他特記すべき事項をお書きください。】								

施設使用欄

入所希望者の親族の状況

同居の家族（※入所希望者本人については記入不要です。）					
氏名		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	続柄	
				就労状況	
氏名		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	続柄	
				就労状況	
氏名		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	続柄	
				就労状況	
氏名		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	続柄	
				就労状況	

近親者の状況

```

    graph TD
      Spouse[配偶者] --- Person[本人]
      Person --- Children[子]
      Person --- Siblings[兄弟姉妹]
      Person --- Nephews[甥姪]
      Children --- Grandchildren[孫]
  
```