

記載例

入所申込書

29年 2月 1日

小規模特別養護老人ホーム
第三やはぎ苑 施設長 様

入所希望者（申込者）

カガナ	ヤハギ ジロウ	受付番号	
氏名	矢作 二郎	保険者	岡崎市
生年月日	T.S. 10年 4月 1日	被保険者番号	0001234567
性別	男 ・ 女	要介護度	3 ・ 4 ・ 5
		(特例)	(1 ・ 2)
認定有効期間	平成 29年 2月 1日から平成 31年 1月 31日まで		
現住所	〒444-3515 岡崎市上佐々木町字大官 49 番地 電話番号 0564 (34) 3666		
給付制限			
認定審査会 意見			

注 介護保険被保険者証から転記してください（コピー添付の場合は、記入不要）。

申込代理者（申込者が本人でない場合は、記入してください。）

氏名	矢作 花子	入所希望者との続柄	妻
住所	〒444-3515 岡崎市上佐々木町字大官 49 番地 電話番号 0564 (34) 3666		

介護保険法令に基づき要介護の認定を受けましたので、この文書により入所を申し込みます。
なお、入所待機中に、貴施設以外の施設に入所が決定した場合、また要介護度や連絡先、介護の状況等について変更があった場合は、速やかに貴施設へ連絡します。

時期	早急 ・ 平成 年 月 以降	申込予定	貴施設のみ 他施設にも申込む 2ヶ所（予定）
希望事項	申込理由・入所を急ぐ理由	<p>（理由について複数に該当する場合は、該当するものすべてに印を記入してください。）</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 1 施設入所により安心した生活を送りたい</p> <p><input type="checkbox"/> 2 寝たきりなどにより、食事、排せつ、入浴等日常生活全般に介助が必要</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 3 認知症などにより不適切な行動やコミュニケーションに困難がある</p> <p><input type="checkbox"/> 4 単身世帯のため介護者がいない、または介護者が入院等で介護ができない</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 5 介護者が、高齢、疾病、育児、就労、別居等のため、介護が困難</p> <p><input type="checkbox"/> 6 利用したい在宅サービスが十分でない（複合型サービスなど）</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 7 施設や病院等から退所を求められているが、自宅での生活が困難</p> <p><input type="checkbox"/> 8 住居が生活に適さないが住宅改修ができず、自宅での生活が困難</p> <p><input type="checkbox"/> 9 その他の理由（具体的にお書きください）</p> <p>（要介護1・2の場合は、以下の項目についても印を記入してください。）</p> <p><input type="checkbox"/> 10 認知症、知的障がい・精神障がい等により、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等が頻繁に見られるため、居宅において日常生活を営むことが困難</p> <p><input type="checkbox"/> 11 家族等による深刻な虐待があるなど心身の安全・安心の確保が困難</p> <p><input type="checkbox"/> 12 その他、居宅において日常生活を営むことが困難な理由（具体的にお書きください。）</p>	
		<p>入所希望者、介護者を円滑に支援するために、市町村・ケアマネジャー等へこの申込内容について情報提供及び照会を行い、また情報提供を受けることに同意します。</p> <p>また、入所申込みから入居契約までの手続き及び入所順位の決定方法について、施設から説明を受けました。</p> <p>平成 29年 2月 1日 入所申込者又は申込代理者 氏名 矢作 花子</p>	

※事務処理欄

申込日：平成 年 月 日	受付日：平成 年 月 日	受付者：
受付方法：来所	意思確認：平成 年 月 日	
受付簿記入者：	受付簿記入日：平成 年 月 日	
入所基準：標準 ・ 特例	特例事由市確認：平成 年 月 日	該当 ・ 非該当

記載例

調査票

受付番号:		希望者氏名: 矢作 二郎		記入者氏名: 矢作 花子		
現況		独居 高齢者世帯 ・家族同居 入院中(病院名 〇〇病院)・入所中(施設名)				
生活状況	移動	歩行・杖・歩行器 車椅子 ストレッチャー ・その他()		介助	自立・ 一部介助 ・全介助	
	食事	主) 普通 かゆ ・ミキサー(箸・スプーン)		介助	自立・ 一部介助 ・全介助	
		副) 普通・一口大 刻み ・極刻み・ミキサー				
	更衣(着替え)			介助	自立・ 一部介助 ・全介助	
	整容(身だしなみ)			介助	自立・ 一部介助 ・全介助	
	排せつ	トイレ ・ポータブル・尿器・便器・おむつ・ カテーテル・人工膀胱・人工肛門		介助	自立・ 一部介助 ・全介助	
	入浴	介助浴 ・座浴・特浴・その他()		介助	自立・一部介助・ 全介助	
送迎時の介助	車椅子 要 ・不要)・ストレッチャー(要 ・不要)					
※記入にあたっては、認定調査時の資料等から転記していただいても結構です。						
身体状況	視力	普通 見えにくい・見えない		身長	152 cm	
	聴力	普通 聴こえにくい ・聴こえない		精神状態	安定・ 不安定 (幻覚 興奮 ・攻撃・他)	
	発語	普通 やや不自由・不自由		認知症	無 有 日常生活自立度 I・II III ・IV・M)	
	理解力	普通 分かりにくい ・分からない		問題行動	無 有(徘徊・不潔行為・他)	
健康状況	現疾患	アルツハイマー型認知症 糖尿病		病歴	心不全	
	主治医	〇〇病院		TEL	0564-12-3456	
	医療の状況	経管栄養・胃ろう・カテーテル・人工膀胱・人工肛門・インシュリン・在宅酸素・その他()				
	感染症	無 ・有()		アレルギー	無 有()	
	皮膚刺激	普通 ・弱い		麻痺	無 有()	
	便秘	無 ・有(服薬 無 有)		拘縮	無 有 肘関節)	
	睡眠	良 ・不良(服薬: 無 有)		褥瘡	無 有()	
	嚥下	異常なし むせる・つまる		湿疹	無 有()	
入れ歯	無 有 (上 下)		口腔状況	良 否()		
介護の状況	主たる介護者氏名	矢作 花子	年齢	73 歳	性別	男 女 続柄 妻
	就労状況等	就業中・共働き・育児・その他()				
	介護期間	24 年 4 月頃から		その他の介護者 無 有() 名		
	窓口相談	無 有 介護事業所 ・市町村・地域包括支援センター・その他() 居宅介護支援事業者名 ケアマネジャー名 (やはぎ苑) (〇〇〇〇)				
住環境	区分	持ち家 2 階(エレベーター 有 無)・借家 階(エレベーター 有・無)				
	住宅改修	可 ・不可・改修済()				
	立地等	在宅サービス利用に問題点 無 有(送迎・訪問・その他)				
【その他特記事項】						
車イスへ移るには介助が必要だが、転倒しやすい 【介護上の悩み・困っていること】※別の用紙にお書きいただいても結構です。 入院中の病院から退院を求められているが、介護者である妻も高齢であり在宅での介護が難しい						