

(様式1) ※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 川辺みどり園 入所申込書

入所を希望する者	フリガナ			保険者名	介護保険証に記載している市町村名										
	氏名	入所希望者名			被保険者番号										
	生年月日	明・大・昭 ○○年 ○○月 ○○日(○○)歳				性別(男・女)									
	現住所	(郵便番号 ○○○-○○○○) 電話番号(- -)				入所希望者の住所									
	認定状況	<input type="checkbox"/> 要介護認定を受けている 介護保険証の裏に記載されています <申込日現在の介護度> 要介護(1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5) <認定有効期間> 年 月 日から 年 月 日まで <input type="checkbox"/> 区分変更申請中(年 月 日申請) <input type="checkbox"/> 更新申請中(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(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 type="checkbox"/> 同居家族がいる										
	入所を希望する理由	<input type="checkbox"/> 介護する者がいないため。 <input 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 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 川辺みどり園 施設長 牧角真理子 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、入所申込者の状況等を確認することに同意します。 令和 年 月 日 入所申込書を持参した日 (申込者) 住所 入所希望者の住所 *本人が書けない場合、身元引受人 氏名 入所希望者の名前 印 (続柄)															

提出者(連絡先) *身元引受人もしくは、代表者となる方の連絡先をご記入してください

氏名:	続柄:	電話番号:
〒: ○○○-○○○○		
住所:		

※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 申込者と	住 所	電 話	備 考
	長男	〇〇 〇〇		同居 ・ 別居	郵便番号も書いてください		入所の同意
	嫁	〇〇 〇〇		同居 ・ 別居			
				同居 ・ 別居			
				同居 ・ 別居			

主 た る 介 護 者	フリガナ	年齢	本人との関係	備 考
	氏 名	介護者の名前		
	健康状態	<input type="checkbox"/> 疾病 <small>〔具体的に〕</small> 病名 〇〇病で通院中・〇〇病で治療中 <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 type="checkbox"/> 仕事や入所申込者以外の人 の看病等があり、介護困難な状態である <small>〔具体的に〕 一日〇時間程度就労・〇〇の看病をしている・高齢で就労困難等</small> <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 <small>〔具体的に〕 毎日の就労や看病等</small> <input type="checkbox"/> 介護可能な状態である		
	介護の場所	<input 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	年 月頃から介護している（期間：約 年）		
	介護協力者	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 随時あり（氏名 続柄 ） <input type="checkbox"/> 常時あり（氏名 続柄 ）		
	意見	<small>〔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〕</small> 高齢者の合わせた食事の準備・調理・介助 おむつ交換 入浴介助 夜間の介護 見守りや声かけ		

◎入所申込者の状況

申込者名 ○○ ○○

入所申込者の状況	サービス等の利用状況	<input type="checkbox"/> 他の施設や医療機関に入っている (・施設名又は医療機関名: (市・町・村)) (・入所又は入院時期: 年 月から入所(入院)している。) (・施設や医療機関から退所(退院)を求められているか。(いる ・ いない))
	サービスの利用状況	<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: (市・町・村)) (・退所した時期: 年 月 退所)
	サービスの利用状況	<input 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(□毎日 □週4~6日 □週3日以下) <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護(□週3回以上 □週2回以下) <input type="checkbox"/> 訪問看護(□毎日 □週4~6日 □週3日以下) <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション(□毎日 □週4~6日 □週3日以下) <input type="checkbox"/> 通所介護(□毎日 □週4~6日 □週3日以下) <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション(□毎日 □週4~6日 □週3日以下) <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護(最近3か月の利用日数 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けられない理由など特にありましたらお書きください。 ()
入所申込者の状況	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) 同居者がいない・家がない・部屋がない・介護者がいない
	住宅の状況	<input 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) 建物が古い・資金が準備できない等
入所申込者の状況	認知症などの状況	<input 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 (□徘徊(室内を含む) □暴言や暴力がある □不潔行為(排泄物をいじるなど) □妄想(物を盗られたなど) □介護拒否(入浴、着替えなど) □幻覚(現実にはないものが見える) □不穏(いらいらしている) □抑うつ状態(ふさぎこんでいる) □異食(食べ物以外を口に) □昼夜の逆転がある □大声や奇声を出す □物を集める、無断で持ってくる □その他())
	特例入所の申立	居宅で日常生活を営むことが困難なことについてやむを得ない事由は、次のとおりです。 <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 type="checkbox"/> 知的障害・精神障害等を伴い、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 ()

担当介護支援専門員記入欄	担当介護支援専門員氏名	事業所名	連絡先電話番号		
	認知症高齢者の日常生活自立度	* I ・ II a ・ II b ・ III a ・ III b ・ IV ・ M			
	障害高齢者の日常生活自立度	* J 1 ・ J 2 ・ A 1 ・ A 2 ・ B 1 ・ B 2 ・ C 1 ・ C 2			
	在宅サービス利用率	〇〇% (直近3ヶ月の平均)			
	【医療の状況】				
<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> その他 () <現在療養中の病気・主治医・特記事項等>					
意見等 [特例入所の要件 (※ 要介護1・2の場合のみ) に該当するかや、入所の必要性、緊急性などの意見を記入してください。]					
※要介護1・2の方の「特例入所」の要件 ①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。 ②知的障害・精神障害等を伴い、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。 ③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。 ④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。					
施設記入欄	入所申込書受付日	令和	年	月	日
	入所決定日	令和	年	月	日