

※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。)

※□欄は、該当するものにチェックしてください。

※入居申込者の「生活歴」「1日の過ごし方」については、別表にご記入ください。

様式1

指定介護老人福祉施設入居申込書

入居を希望する方	フリガナ			保険者名							
	氏名			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(- -)							
	認定状況	<input type="checkbox"/> 要介護認定を受けている ＜申込日現在の介護度＞ 要介護 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5) ＜認定有効期間＞ 令和 年 月 日から令和 年 月 日まで <input type="checkbox"/> 区分変更申請中(令和 年 月 日申請) <input type="checkbox"/> 更新申請中(令和 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(令和 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								
入居を希望する理由	<input type="checkbox"/> 介護するものがないため <input type="checkbox"/> 介護するものが「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"/> 現在、入院及び入所施設より退院又は退所を求められているため。										
特別養護老人ホームえさし荘 施設長 小清水 和令 殿 貴施設に入居を希望するため、申し込みます。 また、貴施設が入居判定に使用する目的で、居宅介護支援事業者等から情報を受けることに同意いたします。 令和 年 月 日 (申込者) 住所 _____ 氏名 _____ ⑩ (続柄) _____											

提出者 (連絡先)

氏名:	続柄:	電話: - -
(郵便番号) -		
住所:		

◎介護者・家族等の状況

※入居申込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	入居希望者と	住所	電話	備考
				同居 ・ 別居			
				同居 ・ 別居			
				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			
	介護者の健康状態	<input type="checkbox"/> 疾病 [<具体的に>] <input type="checkbox"/> 健康		
	介護の状況	<input type="checkbox"/> 介護するものが要介護状態のため、介護困難な状態である <input type="checkbox"/> 仕事や入居希望者以外の人 の看病等 があり、介護困難な状態にある [<具体的に>] <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にある [<具体的に>] <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	[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]			

申込者名	
------	--

◎入居希望者の状況

入居希望者の状況	サ 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 [<ul style="list-style-type: none"> ・ 施設名又は医療機関名 : _____ ・ 所在地 : _____ ・ 電話番号 : _____ ・ F A X : _____ ・ 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)]
		<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 [<ul style="list-style-type: none"> ・ 入所していた施設名 : _____ ・ 所在地 : _____ ・ 電話番号 : _____ ・ F A X : _____ ・ 退所した時期 : 令和 _____ 年 _____ 月 退所]
		<input type="checkbox"/> 在宅で介護保険のサービス(訪問、通所系サービス及び短期入所)を受けている [<ul style="list-style-type: none"> ・ 居宅介護支援事業所 事業所名 : _____ ・ 住所 : _____ ・ 電話番号 : _____ - _____ ・ 介護支援専門員(ケアマネージャー) 氏名 : _____] ※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。 [
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) <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)	

入居希望者の状況

認知症の状況

認知症「精神症状・行動障害」の症状はない

認知症「精神症状・行動障害」の症状がある場合、以下の項目にレ点を付してください。

- | | | | |
|----------------------------|-----------------------------|-------------------------------|------------------------------|
| 1. 物をとられたなどと被害的になることが | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> 時々ある | <input type="checkbox"/> ある |
| 2. 作り話をする事が | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> 時々ある | <input type="checkbox"/> ある |
| 3. 泣いたり、笑ったりして感情が不安定になることが | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> 時々ある | <input type="checkbox"/> ある |
| 4. 昼夜の逆転は | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> 時々ある | <input type="checkbox"/> ある |
| 5. しつこく同じ話をする事が | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> 時々ある | <input type="checkbox"/> ある |
| 6. 大声を出すことが | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> 時々ある | <input type="checkbox"/> ある |
| 7. 介護に抵抗することが | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> 時々ある | <input type="checkbox"/> ある |
| 8. 「家に帰る」などと言い、落ち着きがないことが | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> 時々ある | <input type="checkbox"/> ある |
| 9. 「一人で外に出たがり目が離せないことが | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> 時々ある | <input type="checkbox"/> ある |
| 10. 色々な物を集めたり、無断で持っていくことが | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> 時々ある | <input type="checkbox"/> ある |
| 11. 物を壊したり、衣類を破いたりすることが | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> 時々ある | <input type="checkbox"/> ある |
| 12. ひどい物忘れが | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> 時々ある | <input type="checkbox"/> ある |
| 13. 意味もなく独り語とや独り笑いをすることが | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> 時々ある | <input type="checkbox"/> ある |
| 14. 話が纏まらず、会話にならないことが | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> 時々ある | <input type="checkbox"/> ある |
| 15. 自分勝手に行動することが | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> 時々ある | <input type="checkbox"/> ある |
| 16. 目的もなく歩き回ることが | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> 時々ある | <input type="checkbox"/> ある |
| 17. 外出すると家に戻れないことが | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> 時々ある | <input type="checkbox"/> ある |
| 18. 薬の内服については | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 |
| 19. 金銭の管理については | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 |

- 【参考】 ない ~各項目の行動がここ1ヶ月間に一度もない
 時々ある ~少なくともここ1ヶ月間に1回以上の頻度でみられる
 ある ~ここ1ヶ月間、1週間に1回以上の頻度でみられる

上記以外にありましたらご記入ください

医療の状況

経管栄養 胃ろう 在宅酸素 インシュリン注射

その他 () 感染症 (有 ・ 無)

<現在療養中の病気・特記事項等>

主治医	(病院名)				
	(医師名)				
	(住所)				
	(電話番号)	—	—		

入居希望者の状況	経済状況	課税状況	<input type="checkbox"/> 市町村民税課税世帯 <input type="checkbox"/> 市町村民税非課税世帯			
		所得の状況	【現在、受給されている年金等にあてはまるもの全てにレ点を付してください】			
			<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> その他			
		所得の区分	<input type="checkbox"/> 課税年金収入額と合計所得金額の合計が80万円以上 <input type="checkbox"/> 課税年金収入額と合計所得金額の合計が80万円未満 <input type="checkbox"/> 老齢福祉年金受給者若しくは生活保護受給者 ※障害年金・遺族年金は非課税年金となり、課税年金収入額に含まれません。			
居宅事業所	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		
		痴呆性老人の日常生活自立度	I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M			
		障害老人の日常自立度	J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2			
		在宅サービス利用率	%(直近3カ月の平均)			
		意見等				
施設	担当者記入欄	入居申込書受付日	令和	年	月	日
		入居決定日	令和	年	月	日

指定介護老人福祉施設 えさし荘 入居申込書「別表」

○これまでの生活歴

年月 (又は年齢)	出来事				
	(出身地)	にて(兄弟姉妹)	男	女の	として出生

※学歴や職歴、結婚歴、子供の有無、その他ご本人にかかわる出来事をなるべく詳しく記載してください。

○ご自宅での1日の過ごし方

時間帯	何をしていますか?	特記事項
4:00		・起床後、一番初めにすることは何ですか? ()
6:00		・起床後、着替えはいつしますか? ()
8:00		・紙おむつなどの排泄ケア用品はお使いですか? ()
10:00		・夜間帯、トイレに行く頻度は?またその時間は? ()
12:00		・排便の頻度は? ()
14:00		・入浴の頻度は? ()
16:00		・浴槽の湯温は?また入浴時間はどの程度か? ()
18:00		・食事の際、必ず召し上がるものは? ()
20:00		・普段、好んで飲んでいるものは? ()
22:00		・現在、飲酒や喫煙はされていますか? ()
0:00		・寝間着にはいつ着替えますか? ()
2:00		・何時頃、寝床につきますか? ()
4:00		