

ご記入の方のご氏名:

記入日: 令和 年 月 日

ご利用される方との続柄:

郵便番号と住所:

電話:

携帯電話:

入所申込者(本人)について

フリガナ		男	生年月日		年齢	
氏名		女	要介護度	1・2・3・4・5		
現在の居所						

介護保険の内容

保険者(市町村)		保険者番号			
被保険者番号		認定日	年	月	日
認定有効期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで。				

医療及び介護サービス利用状況

かかりつけ医		担当医師	
居宅支援事業者名		ケアマネージャー	
利用中のサービス			

ご家族の状況及びご本人のご様子(該当する項目に○をして下さい。複数可。その他は内容を記入して下さい。)

お申込理由							
食事	自立度	自分で食べる、一部介助、全介助、					
	食べ物の形	ご飯、お粥、おかず普通、おかず刻む、ミキサー食、水分トロミ、その他					
排泄	自立度	自分でトイレへ行ける、一部介助、全介助、					
	使用物品	オムツ使用、紙パンツ使用、パット使用、(日中・夜間)ポータブルトイレ使用、便秘有、					
入浴	自立度	自分で洗える、一部介助、全介助、入浴していない、					
	使用物品	普通浴槽使用、機械の風呂使用、風呂が嫌い、					
整容	洗面・口腔	自分でできる、準備すると自分でできる、一部介助、全介助、					
	更衣	自分で着替える、一部介助、全介助、					
動作	移動	自立、杖歩行、歩行器を使用、車椅子で自立、車椅子で全介助、その他					
	リハビリ	行っているものがあれば教えてください					
医療	健康状態	主たる病気					
	感染症	有ります(例:MRSA、疥癬症、肝炎等。)、無し					
心理	認知症・性格	認知症の有無、性格は?(おとなしい、活動的、社交的、一人が好き)					
	睡眠	よく眠る、よく眠れない、何時に寝て何時に起きているか()、眠剤使用有、					
嗜好等		お酒、タバコ、宗教等					
認知症による問題行動及びその他の特記事項など		介護に苦勞されている点を具体的にお書き下さい。					
台帳登録番号		台帳登録日		初期登録担当		受付状況	
施設長印		総務課長印		相談課長印		看・介護課長印	

介護老人福祉施設入所申込書兼調査書

様式2

申込区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> その他〔 〕	※ 以降 あてはまる項目の□にチェックをしてください							
ふりがな		入所申込者ご本人との関係	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子(同居・別居) <input type="checkbox"/> その他						
申込書ご記入の方のお名前									
ふりがな		被保険者番号							
入所申込者ご本人のお名前		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	明大昭	年	月	日	満 歳
住 所	〒 -			この申込書についての問い合わせ先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅以外() 電話 - -				
要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5								
同居の方について	<input type="checkbox"/> ひとり暮らし <input type="checkbox"/> ご夫婦のみ(相手の方の年齢 歳) <input type="checkbox"/> ご夫婦以外に同居者がいる								
主に介護している方について	・介護する方は、 <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない ・主に介護する方は、 <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病弱 <input type="checkbox"/> 病気で治療中 <input type="checkbox"/> 障害がある ・主に介護する方は、 <input type="checkbox"/> 働いている <input type="checkbox"/> 働いていない								
介護を手伝う方について	・介護を手伝う方は、 <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない 手伝う方がいる場合、その方は <input type="checkbox"/> 親族 <input type="checkbox"/> 近所の方 <input type="checkbox"/> その以外の方()								
お住まいについて	・今のお住まいは、 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅以外 自宅以外にお住まいの方は、戻る自宅が <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 立ち退きを求められている <input type="checkbox"/> 家屋の老朽化が著しい								
介護する上での住宅の問題について	<input type="checkbox"/> エレベーターのない集合住宅の2階以上に住んでいる <input type="checkbox"/> 自分の部屋がない <input type="checkbox"/> 自分の部屋とは別の階にトイレや風呂がある <input type="checkbox"/> 立ち退きを求められている <input type="checkbox"/> 家屋の老朽化が著しい								
その他あてはまるもの	<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 大声や奇声 <input type="checkbox"/> その他の行為(具体的な内容) <input type="checkbox"/> 医療器具を使っている(具体的な内容) <input type="checkbox"/> 病気があ(病名)								

現在受けている介護や治療のようす

ご自宅以外での介護や治療 ※自宅にいらっしゃる方は記入は結構です	・現在おられるのは、 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム <input type="checkbox"/> ケアハウス <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> その他() ○施設の名称 ○入所・入院開始日 年 月 日～
ケアプランなどについて	・ケアプランは、 <input type="checkbox"/> 作っている <input type="checkbox"/> 作っていない ・相談できる介護支援専門員は、 <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない ○介護支援専門員の氏名 ○事業所名称 電話 - -
在宅サービスについて	・在宅サービスは、 <input type="checkbox"/> 使っている <input type="checkbox"/> 使っていない ・今後の利用は、 <input type="checkbox"/> 今のままでよい <input type="checkbox"/> もっと増やしたい <input type="checkbox"/> サービスや使い方を改善したい (具体的な内容)

＜情報提供に関する入所申込者(本人)の同意確認欄＞

特別養護老人ホーム 施設長 様

私は、貴施設に入所に関する方法や手続きについて説明を受けました。この申込書にある内容を保険者・在宅介護支援センター・指定するケアマネージャーへ提供することに同意します。

令和 年 月 日

氏 名

印

介護支援専門員意見書

様式3

ふりがな 入所申込者氏名		被保険者番号																	
ケアプラン について	在宅サービス利用率	% (直近1ヶ月の給付限度額に対する利用割合)																	
	利用しているサービス(直近1ヶ月の利用状況)																		
	サービス名	利用回数等																	
	サービスに対するご本人またはご家族の希望など																		
	1 身体の状況について(麻痺や拘縮など、介護を要する身体状況)																		
2 認知症等について(介護や見守りを要する認知症の状況)																			
3 疾患等について(特に注意を要する認知症の状況)																			
その他 留意すべきこと	※ご本人の嗜好や性格など介護をする上で把握しておくべきこと。																		

記入者氏名		職 種	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> その他()
事業所区分	<input type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> 在宅介護支援センター <input type="checkbox"/> その他()		
事業所名		連絡先電話	