



入 所 申 込 書

申込年月日	平成 29 年 〇〇 月 〇〇 日		受付番号					
入 所 申 込 者	フリガナ	ジロウマル 〇〇コ	氏名	次郎丸 〇子	生年月日	明治・大正・昭和 〇年 10 月 10 日(満80歳)	性別	男・女
	住所	郵便番号( 〇〇〇- 〇〇〇〇 ) 福岡市早良区次郎丸〇〇丁目			電話番号	092(〇〇〇)〇〇〇〇		
	連絡先	郵便番号( 〇〇〇- 〇〇〇〇 ) 福岡市早良区次郎丸〇〇丁目			電話番号	092(〇〇〇)〇〇〇〇		
	介護認定	申請(更新・変更)中・済		被保険者番号	123456789			
	要介護度	1・2・③・4・5		有効期間	H28年 9月 1日 ~ H29年 8月31日			
	現在の住居	<input type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム(ケアハウス) <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅 <input type="checkbox"/> 一般病院 <input type="checkbox"/> その他( ) 平成 28年 〇〇月頃より 施設名【 ×××老人保健施設 】						
家 族 ・ 申 込 者	フリガナ	次郎丸 〇〇男	氏名	次郎丸 〇男	続柄	子	備考	
	住所	郵便番号( 〇〇〇- 〇〇〇〇 ) 福岡市早良区次郎丸〇〇丁目			電話番号	092(〇〇〇)〇〇〇〇		
	連絡先1	郵便番号( - )			電話番号	( )		
	連絡先2	郵便番号( - )			電話番号	( )		
居 宅 支 援 事 業 者	事業所名			事業者番号				
	住所	郵便番号( 〇〇〇- 〇〇〇〇 ) 福岡市早良区次郎丸〇〇丁目			電話番号	092(〇〇〇)〇〇〇〇		
	フリガナ	担当者名	〇〇〇〇	備考				
他 施 設 の 申 込 状 況	施設名1	××××施設		申込 予定・済 (申込時期 28年〇〇月頃)				
	施設名2			申込 予定・済 (申込時期 年 月頃)				
	施設名3			申込 予定・済 (申込時期 年 月頃)				
入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい		<input type="checkbox"/> 平成 年 月頃入所したい					

【説明確認及び同意書】

次の事項について施設から説明を受けました。

- ・ 入所申込から契約までの必要な手続き及び入所にあたっての注意事項について
- ・ 入所申込者の入所優先順位決定方法について
- ・ 入所優先順位の見直しについて
- ・ 申込書の内容に変化があった場合は、施設に連絡することについて
- ・ 特段の事情がない限り、要介護1・2では入所できないことについて(裏面)

次の事項について同意します。

- ・ 入所が可能になったにもかかわらず、自己都合により入所を辞退した場合は、入所優先順位名簿から削除されること
- ・ 優先入所制度の適正な運用のため、この申込書及び調査票の内容を行政機関等の求めに応じて提供すること
- ・ 上記に記入している申込み済(予定)の特別養護老人ホーム間でこの申込書内容及び調査票の内容を提供すること

平成 29年 〇〇月 〇〇日 氏名 次郎丸 〇〇男 印(続柄 子)

※要介護1又は要介護2の方は、裏面の特例入所に関する要件を確認してください。

### 確認項目

調査年月日		平成 年 月 日		受付番号		
フリガナ 入所申込者名		男・女		生年月日 明治・大正・昭和 年 月 日(歳)		
本人の 状況	介護認定 申請(更新・変更)中・済		被保険者番号		123456789	
	要介護度 1・2・3・4・5		認知症行動		ほぼ毎日・週1~2回程度・なし	
	認定有効期間 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		療育手帳・精神保健福祉手帳の有無		有( 級)・無	
	身体障害者手帳・原爆手帳等の有無				有( 級)・無	
介護サ ービス等 の利用状況	現在の 住居		<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム(ケアハウス) <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅 <input type="checkbox"/> 一般病院 <input type="checkbox"/> その他( )			
	平成 28年 ○○ 月頃 より入所・入院中		施設名			
	居宅 介護サ ービス 利用 状況	サ ー ビ ス 別 単 位	<input type="checkbox"/> 訪問介護	単位	<input type="checkbox"/> 通所リハ	単位
			<input type="checkbox"/> 訪問入浴介護	単位	<input type="checkbox"/> 短期入所生活介護	単位
			<input type="checkbox"/> 訪問看護	単位	<input type="checkbox"/> 短期入所療養介護	単位
<input type="checkbox"/> 訪問リハ			単位	<input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問看護	単位	
<input type="checkbox"/> 通所介護			単位	<input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護	単位	
上記 合計		0 単位		$\div 26,022 \times 10 =$	0 割	
単包 位括	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護		<input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護(複合型サービス)			
	<input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護		上記サービスの利用頻度 <input type="checkbox"/> 週5日以上 <input type="checkbox"/> 週3~4日 <input type="checkbox"/> 週2日以下			
介護者等 の状況	介護者1	フリガナ 氏名	同居・別居		家族の構成 (例)	
		続柄	年齢	歳		
		住所	〒			
	介護者2	フリガナ 氏名	同居・別居			
		続柄	年齢	歳		
		住所	〒			
介護者の障がい・疾病等		<input type="checkbox"/> 介護困難	<input type="checkbox"/> 多少困難	<input type="checkbox"/> 介護可能		
複数介護・育児・就労		<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 有り			
他の介護協力		<input type="checkbox"/> ほとんど無し	<input type="checkbox"/> 随時有り	<input type="checkbox"/> 常時有り		
住居	市内外の居住状況		<input type="checkbox"/> 市内	<input type="checkbox"/> 市外		
特 記 事 項	家族等による介護拒否		<input type="checkbox"/> 理由:			
	遠距離介護		<input type="checkbox"/> 理由:			
	長期にわたる介護		<input type="checkbox"/> 理由:			
	サービス不十分		<input type="checkbox"/> 理由:			
	施設等からの退所		<input type="checkbox"/> 理由:			
	住環境問題		<input type="checkbox"/> 理由:			
	居宅サービス利用状況		<input type="checkbox"/> 理由:			
	在宅における医療的処置		<input type="checkbox"/> 理由:			
	特に考慮すべき認知症症状		<input type="checkbox"/> 理由:			
	地域への配慮		<input type="checkbox"/> 理由:			
その他		<input type="checkbox"/> 理由:				
備考						

### 確認項目

調査年月日		平成 29年 ○○月 ○○日		受付番号				
フリガナ		ジロウマル ○○コ		生年月日		明治・大正・昭和 10年10月10日(満80歳)		
入所申込者名		次郎丸 ○子		男・女				
本人の状況	介護認定	申請(更新・変更)中・済		被保険者番号	123456789			
	要介護度	1・2・③・4・5		認知症行動	ほぼ毎日・週1~2回程度・なし			
	認定有効期間	平成 28年 9月 1日 ~ 平成 29年 8月 31日						
	療育手帳・精神保健福祉手帳の有無				有 <input checked="" type="checkbox"/> (○○級)・無 <input type="checkbox"/>			
身体障害者手帳・原爆手帳等の有無				有 <input type="checkbox"/> (○○級)・無 <input checked="" type="checkbox"/>				
介護サービス等の利用状況	現在の住居		<input type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム(ケアハウス) <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅 <input type="checkbox"/> 一般病院 <input type="checkbox"/> その他( )					
			平成 28年 ○○ 月頃 より入所・入院中		施設名	××××老人保健施設		
	居宅介護サービス等利用状況	サービス別単位	<input type="checkbox"/> 訪問介護	単位	<input type="checkbox"/> 通所リハ	単位		
			<input type="checkbox"/> 訪問入浴介護	単位	<input type="checkbox"/> 短期入所生活介護	単位		
			<input type="checkbox"/> 訪問看護	単位	<input type="checkbox"/> 短期入所療養介護	単位		
		<input type="checkbox"/> 訪問リハ	単位	<input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問看護	単位			
		<input type="checkbox"/> 通所介護	単位	<input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護	単位			
		上記合計	0 単位 ÷ 26,022 × 10 =		0 割			
	単包位括	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護(複合型サービス) <input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 上記サービスの利用頻度 <input type="checkbox"/> 週5日以上 <input type="checkbox"/> 週3~4日 <input type="checkbox"/> 週2日以下						
介護者等の状況	介護者1	フリガナ	ジロウマル ○○オ		同居・別居		家族の構成 (例) 	
		氏名	次郎丸 ○男		年齢	×× 歳		
	続柄	子						
	住所	〒×××-×××× 福岡市早良区次郎丸×丁目						
介護者2	フリガナ			同居・別居				
	氏名			年齢	歳			
	住所	〒						
介護者の障がい・疾病等		<input type="checkbox"/> 介護困難		<input checked="" type="checkbox"/> 多少困難		<input type="checkbox"/> 介護可能		
複数介護・育児・就労		<input checked="" type="checkbox"/> 無し		<input type="checkbox"/> 有り				
他の介護協力		<input type="checkbox"/> ほとんど無し		<input checked="" type="checkbox"/> 随時有り		<input type="checkbox"/> 常時有り		
住居	市内外の居住状況		<input checked="" type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 市外					
特記事項	家族等による介護拒否		<input type="checkbox"/> 理由:					
	遠距離介護		<input checked="" type="checkbox"/> 理由: 遠方の為、十分な見守り・介護ができないため					
	長期にわたる介護		<input checked="" type="checkbox"/> 理由: 介護する者が身体的・精神的負担が大きく十分な介護ができないため					
	サービス不十分		<input type="checkbox"/> 理由:					
	施設等からの退所		<input checked="" type="checkbox"/> 理由: ○月○日に退去を迫られている					
	住環境問題		<input type="checkbox"/> 理由:					
	居宅サービス利用状況		<input type="checkbox"/> 理由:					
	在宅における医療的処置		<input type="checkbox"/> 理由:					
	特に考慮すべき認知症症状		<input checked="" type="checkbox"/> 理由: 認知症が悪化したため					
地域への配慮		<input type="checkbox"/> 理由:						
その他		<input type="checkbox"/> 理由:						
備考								

別表(氏名 )

居宅介護サービスの利用状況

医療的ケア

経管栄養

酸素

吸引

その他

カテーテル

褥瘡処置

入所を希望する理由

ADL特記

排せつ・・・

入浴・・・

食事・・・

移動等・・・

認知症特記

見当識障害 (時間・場所・人)

睡眠状態 (良眠・浅眠・不眠)

住宅特記

備考

別表記入例(氏名 次郎丸 ○男 )

居宅介護サービスの利用状況

利用している       利用していない

※居宅介護サービス(デイサービス、ショートステイ、ホームヘルプなど)を利用している方は、居宅介護事業所者から交付された直近の「サービス利用票」と「サービス利用票別表」の写しを添付してください。

医療的ケア

経管栄養  (有無をレ点で記入してください)      酸素   
吸引       その他   
カテーテル   
褥瘡処置

入所を希望する理由

※施設や病院等から退所を求められている、居住環境が介護に適していない、経済的な理由により居宅介護サービスを十分に受けることが出来ないなど、特に、特別養護老人ホームの入所を希望する理由があればご記入ください。

平成〇〇年〇月、脳梗塞を発症し左マヒが残り◇◇病院に入院する。その後寝たきり状態となり、□□病院に転院し現在に至る。自宅では、長男夫婦と同居しているが共に働いており、夫も高齢で病弱なため自宅での介護は難しい

ADL特記

排せつ・・・失禁、排尿や排便(日中、夜間)方法、排尿や排便の頻度、下剤使用等

入浴・・・形態(普通浴、機械浴)入浴方法、洗身や洗髪(介助、自立)入浴頻度

食事・・・食事摂取(自立、介助)手段(箸、スプーン)嚥下状態、アレルギーの有無、食事の速度  
食事形態(主食、軟飯や粥)(副食、ソフト食、ミキサー食)

移動等・・・起き上がり、座位保持、立ち上がり、立位保持、歩行、移乗、移動手段(歩行器、車イス)

認知症特記

見当識障害 (時間・場所・人)      例: 昼と夜の区別がつかない、どこにいるかわからない  
人の区別がつかない等

睡眠状態 (良眠・浅眠・不眠)

住宅特記

例: 畳で布団、フローリングでペット等

備考