

記入例

施設入居申込書現況調査票

別紙様式 1

施設名 地域密着型特別養護老人ホーム 栗生ハウス 施設長様

次のとおり施設入所を申し込みます。

令和 × 年 × 月 ×× 日

申請を行うご家族の情報を
ご記入ください。
(本人で申込みれる場合は

入居申込対象者の方の情報を
ご記入ください。
※介護保険被保険者番号や要
介護度についても必ずご記入く
ださい。
(新規申請中や区分変更中の
場合はその旨もご記入くださ

担当のケアマネジャーにお問い合わせください。

申請者	氏名	(ふりがな) 〇〇 太郎	続柄 (長男)	
	住所	〒980-0000 仙台市青葉区〇-〇〇-〇		
	電話	022 (〇〇〇) 〇〇〇〇	明・大・昭 35年 〇月 〇日生 △歳	
本人の状況	介護保険被保険者番号	(健康保険被保険者番号ではありません。お間違いないようにお願いします。) 0000123456 「介護保険被保険者証」の番号をご記入ください。		
	氏名(ふりがな)	(〇〇 いちろう) 〇〇 一郎	男 ・ 女	
	住所	〒980-0000 仙台市太白区〇-〇〇-〇		
	電話	022 (〇〇〇) 〇〇〇〇	明・大・昭 5年 〇月 〇日生 △歳	
	要介護度	3 4 5 [特例入所] 1・2	他の 特養申請状況	2 件
	現在の状況	在宅・入院中・老人保健施設入所中・長期間ショートステイ中 (年 月 から) その他 ()		
	認知症	ある ・ なし (「ある」の方は下記のご記入をお願いします。) 次にあげるような症状がありましたか？あてはまるものの番号に○をつけてください ① 記憶の低下(寸前の記憶がなく、同じことを繰り返したり、何度も同じ事を聴いたりする。) ② 理解・判断の低下(言葉や単語の意味を理解することが困難になり簡単な質問にも答えられないことがある。) ③ 見当識の障害(今の時間や今いる場所、今一緒にいる人までもわからない事がある。) ④ 昼夜逆転(昼間に寝て、夜中に起きてくることがある。また、不安からか真夜中に奇声を発したり、ごそごそと動き回ったりする。) ⑤ 徘徊(はいかい)(目的なく歩き続けることがある。) ⑥ 幻覚・妄想(「お金をとられた」「食事を与えてくれない」などの実際にはないことを訴える妄想が起こったり、また、見えないものが見えたり、誰もいないのに会話したりする。) ⑦ 収集癖(自分の物ではない物や、必要でないものなどを持ち帰る行動が見られる。) ⑧ その他 ()		
	認知症高齢者の日常生活自立度	□自立 □I □IIa □IIb <input checked="" type="checkbox"/> IIIa □IIIb □IV □M		
	病院・施設名	〇〇クリニック	現在右記のような処置を受けていますか？ 受けているものに○をつけてください	経管栄養(鼻腔栄養)・胃ろう・在宅酸素・インスリン その他 ()
	病名	高血圧症		
今すぐ入所する意思がございますか？	<input checked="" type="radio"/> 今すぐ ・ 数ヵ月後 ・ 数年後			
家族構成	一人暮らし ・ 夫婦二人 ・ 家族等と同居 ・ その他 ()			

※申請者の電話番号について、連絡の取りやすい番号(携帯電話等)をご記入ください。こちらから問い合わせをさせて頂く場合に使用します。

※ここからは、ご本人の介護を行っている方についてお聞きます。

入所判定に必要な情報となりますので、わかる範囲で全てご記入ください。

介護を行っている方の状況	同居・別居に関わらず、介護を行っている方についてお書きください。	氏名(ふりがな) ○○太郎 ○○花子 □□櫻	生年月日(年齢) S35.○.○ (△) S35.○.○ (△) S39.○.○ ()	続柄(主たる介護者に◎) 長男 長男妻 ◎ 長女	同居の有無 同居・別居 同居・別居 同居・別居 同居・別居	仕事の有無 フルタイム・パート・無 フルタイム・パート・無 フルタイム・パート・無 フルタイム・パート・無	
	①介護を行っている方は、障害やご病気をお持ちですか？病名等をお答えください(※要支援・要介護認定を受けられていたらそれもお書きください。)	障害・病気が(ある・ない) 病名： 高血圧症	※要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5)				
	身体障害者手帳をお持ちの方は何級をお持ちですか？(1級・2級・3級・4級・5級・6級)	障害名をお書きください。					
	療育手帳をお持ちの方はAかBはご答えください。	A(重度) ・ B(中度・軽度)					
	上記以外の場合にお書きください。						
②複数人の介護・育児をして(いる・いない)	どなたの介護をしていますか？	義母(花子の母)					
ケアマネジャーはどこに頼んでいますか？	居宅介護支援事業者名 ○○ケアプランセンター	電話番号	ケアマネジャーの氏名 ○○ 健一				
申し込み理由(特に知らせておきたい事項などがございましたら併せてご記入ください。)							

要介護1又は2の場合、特例入所の該当要件の確認が必要になります。該当箇所に☑をし、理由についてご記入ください。
※要介護3～5の場合は記入の必要はありません。

※要介護1又は2の方は、以下の特例入所の該当要件にチェックの上、理由も記入してください。

特例入所の該当要件	<input type="checkbox"/> 認知症であることにより、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が頻繁に見られ、在宅生活が困難な状態のため <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、在宅生活が困難な状態のため <input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待が疑われる等により、心身の安全・安心の確保が困難な状態のため <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十分に認められないことにより、在宅生活が困難な状態のため (指定介護老人福祉施設以外での生活が著しく困難な理由)
ご記入いただいた情報について、本体施設：泉クラシック、関連施設：水泉荘と共有し、入居申込受付を希望されますか。	
<input checked="" type="checkbox"/> 泉クラシック：希望する <input type="checkbox"/> 水泉荘：希望する (2施設とも希望の場合は2つにレ点) <input type="checkbox"/> 希望しない	

この用紙で法人内他施設に併用申込みが可能です。ご希望の有無について、☑をいれてください。

ご本人の状況をより詳しく把握する為に、施設が必要な場合は、市町村から要介護認定にかかる認定調査票の情報を提供していただいてもよろしいでしょうか。よろしければ、下記に署名・捺印をお願いします。

入居申込対象者のお名前をご記入ください。 → 氏名(本人) ○ ○ 一 郎 印

家族又は代理者等のお名前をご記入ください。 → 代筆者 ○ ○ 太 郎 印

申込をされた後に、入所を希望される本人の状況(要介護度、心身の状況等)及び介護を行っている方の状況等に变化があった場合は、入所申込をされた施設に速やかにご連絡されるようおねがいします。