

# 標準入所申込書

別紙様式1

令和 年 月 日

特別養護老人ホーム

イースト・ヴィレッジ施設長様

**<入所希望者>**

|             |                   |        |           |
|-------------|-------------------|--------|-----------|
|             |                   | 整理番号   |           |
| ふりがな        |                   | 保 険 者  |           |
| 氏 名         |                   | 被保険者番号 |           |
| 生年月日        | 明・大・昭 年 月 日       | 要介護度   | 3 ・ 4 ・ 5 |
| 性 別         | 男 ・ 女             | (特例)   | ( 1 ・ 2 ) |
| 認定有効期間      | 年 月 日～ 年 月 日      |        |           |
| 現 住 所       | 〒 -<br>電話番号 ( ) - |        |           |
| 給付制限        |                   |        |           |
| 認定審査<br>会意見 |                   |        |           |

注:介護保険証から転記して下さい。なおコピーを添付した場合は記載不要です。

**<申込者(申込代理者)>**

|     |  |           |  |
|-----|--|-----------|--|
| 氏 名 |  | 入所希望者との続柄 |  |
|-----|--|-----------|--|

**<連絡先>**

|     |                               |           |  |
|-----|-------------------------------|-----------|--|
| 氏 名 |                               | 入所希望者との続柄 |  |
| 住 所 | 〒 -<br>電話番号 ( ) - (携帯 ( ) - ) |           |  |

介護保険法令に基づき要介護の認定を受けましたので、この入所申込書により入所を希望いたします。  
 なお、入所のための待機中に、貴施設以外の施設に入所が決定した場合、また要介護度や連絡先、  
 介護の状況等について変更がありました場合は、速やかに貴施設に連絡いたします。

|      |              |   |      |                     |
|------|--------------|---|------|---------------------|
| 希望事項 | 時期           | 早急 ・ 年 月以降  | 申込予定 | 貴施設のみ・他にも申込む ヶ所(予定) |
|      | 申込理由・入所を急ぐ理由 | (理由について2つ以上に該当する場合は、該当するものすべてに○印を記入してください。)<br><input type="checkbox"/> 1 施設入所により安心した生活を送りたい<br><input type="checkbox"/> 2 寝たきりなどにより、食事、排泄、入浴等日常生活全般に介助が必要<br><input type="checkbox"/> 3 痴呆などにより常時の見守り、介護が必要<br><input type="checkbox"/> 4 施設や病院等から退所を求められているが、自宅での生活が困難<br><input type="checkbox"/> 5 介護者がいない、介護者が入院等で介護ができない<br><input type="checkbox"/> 6 介護者が、高齢、疾病、育児、就労、別居等のため、介護が困難<br><input type="checkbox"/> 7 利用したい在宅サービスが十分でない(夜間訪問介護など)<br><input type="checkbox"/> 8 その他の理由(具体的にお書き下さい)<br><hr/> (要介護1・2の場合は以下の項目についても該当するものすべてに○印を記入してください。)<br><input type="checkbox"/> 9 認知症、知的障害・精神障害等により、日常生活に支障を来すような<br>症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られるため居宅において<br>日常生活を営むことが困難である<br><input type="checkbox"/> 10 家族等による深刻な虐待があるなど心身の安全・安心の確保が困難<br><input type="checkbox"/> 11 その他の理由(具体的にお書き下さい) |      |                     |

|               |   |  |  |  |
|---------------|---|--|--|--|
| 同意及び説明<br>確認欄 | 入所希望者、介護者を円滑に支援するために、市町村・ケアマネージャ等に、この申込内容を情報提供することに同意します。<br>また、入所申込みから入所契約までの手続き及び入所順位の決定方法について、施設から説明を受けました。<br>令和 年 月 日 入所申込者又は申込代理者氏名 印 |  |  |  |
|---------------|---|--|--|--|

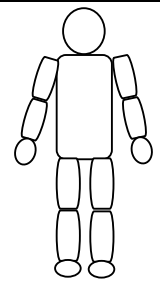
事務処理欄

|     |          |     |          |     |
|-----|----------|-----|----------|-----|
| 申込日 | 令和 年 月 日 | 受付日 | 令和 年 月 日 | 受付者 |
|-----|----------|-----|----------|-----|

標準調査票

別紙様式2

|                                      |  |  |       |        |                            |       |  |
|--------------------------------------|--|--|-------|--------|----------------------------|-------|--|
|                                      | 整理番号   |  | 希望者氏名 |        | 記入者氏名                      |       |  |
| 現況                                   | 独居・高齢者世帯・家族同居<br>入院中 ( 病院名 ) 入所中(施設名 )<br>( 病名 ) ※入院又は入所した時期(平成 年 月から) |  |       |        |                            |       |  |
| 生活状況                                 | 移動   | 歩行・杖・歩行器・車椅子・ストレッチャー<br>その他( )                                       |       | 介助     | 自立・一部介助・全介助                |       |  |
|                                      | 食事   | 主) 普通・かゆ・ミキサー (箸・スプーン)<br>副) 普通・一口大・きざみ・極きざみ・ミキサー                    |       | 介助     | 自立・一部介助・全介助                |       |  |
|                                      | 更衣(着替え)  |  |       | 介助     | 自立・一部介助・全介助                |       |  |
|                                      | 整容(身だしなみ)  |  |       | 介助     | 自立・一部介助・全介助                |       |  |
|                                      | 排泄   | トイレ・ポータブル・尿器・便器・オムツ<br>カテーテル・人工膀胱・人工肛門                               |       | 介助     | 自立・一部介助・全介助                |       |  |
|                                      | 入浴   | 介助浴・座浴・特浴・その他  |       | 介助     | 自立・一部介助・全介助                |       |  |
|                                      | 送迎時の介助   | 車椅子(要・不要)・ストレッチャー(要・不要)  |       |        |                            |       |  |
| ※記入にあたっては、認定調査時の資料等から転記していただいても結構です。 |  |  |       |        |                            |       |  |
| 身体状況                                 | 視力   | 普通・見えにくい・見えない  |       | 身長     | cm                         | 体重 kg |  |
|                                      | 聴力   | 普通・聴こえにくい・聴こえない  |       | ※ 認知症  | 無・有(日常生活自立度 I・II・III・IV・M) |       |  |
|                                      | 発語   | 普通・やや不自由・不自由   |       | 理解力    | 普通・分かりにくい・分からない            |       |  |
|                                      | 認知症等による問題行動  | 無・有 { 徘徊・不潔行為・不穏行動・自傷行為・暴力行為・昼夜逆転<br>異食行動・火の不始末・被害妄想・幻覚・幻聴<br>その他( ) |       |        |                            |       |  |
| 健康状況                                 | 現疾患  |  |       |        | 病歴                         |       |  |
|                                      | 投薬内容   |  |       |        |                            |       |  |
|                                      | 主治医  | 病院名  |       | 医師     |                            | TEL   |  |
|                                      | 医療の状況  | 経管栄養・胃ろう・カテーテル・人工膀胱・人工肛門・インシュリン・在宅酸素・その他( )                          |       |        |                            |       |  |
|                                      | 感染症  | 無・有( )   |       | アレルギー  | 無・有( )                     |       |  |
|                                      | 皮膚刺激   | 普通・弱い  |       | 麻痺     | 無・有( )                     |       |  |
|                                      | 便秘   | 無・有(服薬: 無・有)   |       | 拘縮     | 無・有( )                     |       |  |
|                                      | 睡眠   | 良・不良(服薬: 無・有)  |       | 褥瘡     | 無・有( )                     |       |  |
| 嚥下                                   | 異常なし・むせる・つまる   |  | 湿疹    | 無・有( ) |                            |       |  |
| 入れ歯                                  | 無・有(上・下)   |  | 口腔状況  | 良・否( ) |                            |       |  |
| 住環境                                  | 区分   | 持ち家 階(エレベーター 有・無)・借家 階(エレベーター 有・無)                                   |       |        |                            |       |  |
|                                      | 住宅改修   | 可・不可・改修済( )  |       |        |                            |       |  |
|                                      | 立地等  | 在宅サービス利用に問題点 無・有(送迎・訪問・その他 )   |       |        |                            |       |  |



※必ず、ご記入して下さい。

|        |  |  |   |  |    |         |    |  |
|--------|--|--|---|--|----|---------|----|--|
| 介護の状況  | 主たる介護者氏名   |  | 年齢  |  | 性別 | 男・女     | 続柄 |  |
|        | 就労状況   | 就業中(週 日、週 時間程度)・共働き・育児・その他( )                                      |   |  |    |         |    |  |
|        | 健康状態   | 健康・病弱  | <input type="checkbox"/> 慢性疾患等で定期的に通院中(病名 )<br><input type="checkbox"/> 入院はしていないが継続的な治療を要する(病名 )<br><input type="checkbox"/> 要入院加療( ヶ月程度・病名 ) |  |    |         |    |  |
|        | 身体状況   | 障害有( 級・障害の種類: )・無  |   |  |    |         |    |  |
|        | 要介護度   | 有(要支援・1・2・3・4・5)・無   |   |  |    |         |    |  |
|        | 介護期間   | 年 月頃から   | その他の介護者   |  |    | 無・有( 名) |    |  |
|        | 窓口相談   | 無・有 介護事業所・市町村・在宅介護支援センター・その他( )<br>居宅介護支援事業所名 ケアマネージャー名<br>( ) ( ) |   |  |    |         |    |  |
|        | 介護サービスの利用状況  | サービス利用票を添付した場合は、記入不要です。  |   |  |    |         |    |  |
| 近親者の状況 | <pre>           graph TD             Spouse[配偶者] --- Self[本人]             Self --- Child[子]             Self --- Sibling[兄弟姉妹]             Child --- Grandchild[孫]             Sibling --- Nephew[Nephew]           </pre> |  |   |  |    |         |    |  |
|        | 【その他特記事項】  |  |   |  |    |         |    |  |
|        | 【介護上の悩み・困っていること】※別の用紙にお書きいただいても結構です。   |  |   |  |    |         |    |  |