

記入の仕方

介護老人福祉施設入所申込書兼調査書

介護保険証の
コピーをお忘れなく。

申込日	平成	年	月	日
受付日	平成	年	月	日

この申込書の内容をもとに入所頂く優先度を決めておりますので、記入漏れのない様をお願い致します。
なお、介護保険証のコピーを添付下さい。

あてはまる項目の□にチェックをしてください

こちらは、
申込書を記入して
頂く方の情報です。

ふりがな 申込書記入 の方のお名前	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"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> その他()	
申込書記入 の方のご住所	〒 -		自宅	()
			携帯	()
ふりがな 入所申込者 本人のお名前	被保険者番号			
	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	明 大 昭 年 月 日 満 歳
入所申込者 本人のご住所	〒 -			
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 ※要介護1・2の場合は、裏面「特列入所に関する事由」にご記入ください。			
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"/> 病気がある(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	・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()			
※自宅にいらっ しゃる方は記入は 結構です	<input type="checkbox"/> 施設の名称 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員の氏名 <input type="checkbox"/> 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)			

こちらは
入所される方ご本人の
情報です。

こちらは入所される方と
ご家族の情報です。

該当する項目に
✓をお願いします。

直近の様子を
✓もしくは記入して
下さい。

洩れの無いように
お願い致します。

記入の仕方

特例入所に関する事由(要介護1・2の場合は、ご記入ください。)

特例入所の要件	<input type="checkbox"/> 認知症である者であって、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎さが頻繁に見られること。 <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・困難さが頻繁に見られること。 <input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難であること。 <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不十分であること。
所見欄	※ 具体的な状況を記載して下さい。

要介護度が1もしくは2の方が申し込む際の特例入所に関する情報です。

要介護度3以上の方は記入は不要です。

こちらには申込された方は同意されましたら日付とご署名をお忘れなく。

特別養護老人ホーム 第二青梅園 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。この申込書と調査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。

平成 年 月 日

氏 名

Ⓜ

記入の仕方

ご本人様の担当ケアマネジャー等の方に記入を依頼して下さい。

介護支援専門員意見書

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か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か月の利用状況)		
	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	
ご本人の状況	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(特に注意を要すること、医療器具の使用など介護や看護を要する疾患など)		
その他の留意すべきこと	※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者 <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	- -

記入の仕方

生活状況 (ADL) 調査票

生活状況	項目	ADLの状況			
	移動	歩行・杖・車椅子・カート・歩行器			
		自立・見守り・一部介助・全介助 / 備考			
	排泄	トイレ・ポータブル・尿器・紙パンツ・オムツ (終日・夜のみ)			
		自立・見守り・一部介助・全介助			
	食事	[主食] 常食・粥・ミキサー・流動食 / 箸・スプーン・自助食器			
		[副食] 常菜・きざみ・極きざみ・ミキサー 経管栄養			
		自立・見守り・一部介助・全介助			
	口腔ケア	自立・介助		義歯	(夜間) 着・脱
	入浴	普通浴・機械浴・シャワー浴・清拭			
		自立・見守り・一部介助・全介助			
	寝返り	自立・見守り・一部介助・全介助			
	立ち上がり	自立・見守り・一部介助・全介助			
	立位	自立・見守り・一部介助・全介助			
	座位	自立・見守り・一部介助・全介助			
視力	見える・見えにくい・ほとんど見えない・見えない				
	眼鏡を使用している				
聴力	聞こえる・やや聞こえる・ほとんど聞こえない・聞こえない				
	補聴器を使用している				
趣味・嗜好品	趣味		好きな食べ物	タバコ	
	酒		嫌いな食べ物	その他	
精神状況	項目				
	性格	朗らか・親しみやすい・頑固・短気・無口			
	物忘れがある	ある・たまにある・ない			
	昔の事は覚えている	覚えている・たまに覚えている・覚えていない			
	新しい事を覚えている	覚えている・たまに覚えている・覚えていない			
	日時がわかる	わかる・たまにわかる・わからない			
	場所がわかる	わかる・たまにわかる・わからない			
	昼夜の区別がわかる	わかる・たまにわかる・わからない			
	人の区別ができる	できる・たまにできる・できない			
	良く見られる症状や行動	被害的・幻覚や妄想・作話・感情不安定・昼夜逆転			
		夜間不眠・落ち着きがない・異食行為・火の不始末			
収集癖・徘徊・大声を出す・介護に抵抗する					
不潔行為・意欲が低下している					
その他()					

ご本人の生活の状況を該当するものを
○で囲んで下さい