

# 入所申込書兼状況調査票

施設名 \_\_\_\_\_

施設長様

次のとおり施設入所を申し込みます。

年 月 日

申請者	氏名(ふりがな)		続柄( )	
	住所	〒		
	電話	( )	明・大・昭 年 月 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。お間違いのないようにお願いします。)		
	氏名(ふりがな)	男 ・ 女		
	住所	〒		
	電話	( )	明・大・昭 年 月 日生 歳	
	要介護度	3 ・ 4 ・ 5 [特例入所] 1 ・ 2	他の 特養申請状況	件
	現在の状況	在宅 ・ 入院中 ・ 老人保健施設入所中 ・ その他( )		
	認知症	ある・なし (「ある」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すか？あてはまるものの番号すべてに○をつけてください。 1. 記憶力の低下(寸前の記憶がなく、同じ事を繰り返したり、何度も同じ事を聴いたりする。) 2. 理解・判断力の低下(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. 見当意識の障害(今の時間や今いる場所、今一緒にいる人までもがわからないことがある。) 4. 昼夜逆転(昼間に寝て、夜中になると起きてくることもある。また、不安から真夜中に奇声を発したり、ごそごと動き回ったりする。) 5. 徘徊(はいかい)(目的が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をしたりする。) 7. 収集癖(自分のものではない物や、必要でないものなどを持ち帰る行動がみられる。) 8. その他( )		
		認知症高齢者の日常生活自立度		□自立 □I □IIa □IIb □IIIa □IIIb □IV □M
	病院・施設名	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○を付けて下さい	経管(鼻腔栄養)・胃ろう・在宅酸素・インスリン	
病名	その他( )			
今すぐ入所する意思がございましたか？		今すぐ ・ 数カ月後 ・ 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( )			

※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します。

介護を行っている方の状況	同居・別居にかかわらず、介護を行なっている方についてお書き下さい。	氏名(ふりがな)	生年月日(年齢)	続柄(主たる介護者に◎)	同居の有無	仕事の有無
			( )	( )	同居・別居	フルタイム・パート・無
			( )	( )	同居・別居	フルタイム・パート・無
			( )	( )	同居・別居	フルタイム・パート・無
			( )	( )	同居・別居	フルタイム・パート・無
その他介護を行っている方の状況	①介護を行っている方は、障害やご病気がおありですか。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:			※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、何級かお答えください。(1級・2級・3級・4級・5級・6級)	障害者名をお書き下さい。				
	療育手帳をお持ちの方はAかBかお答え下さい。	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	どなたを介護していますか?				
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:	電話番号	ケアマネジャーの氏名			
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)

ご本人の状況をより詳しく把握するために、施設が必要な場合は、市町村から要介護者認定に係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・押印をお願いします。

氏名(本人)

印

代筆者

印

申込をされた後に、入所を希望されるご本人の状況(要介護度・心身の状況等)及び介護を行っている方の状況などに変化があった場合は、入所申込をされた施設に速やかにご連絡されるようお願いいたします。

※入所希望者をお知らせいたします

(該当する記号に丸印・数字を記入してください)

1、本人は、施設入所を希望(理解)しておりますか。

①している ②していない ③その他( )

2、本人に、かかりつけの医者はいますか。

①いる ②いない  
( かかりつけの医院・病院 )

3、医者に行く時にはどうしてありますが。

( )

4、医者から認知症があると言われた(診断された)事がありますか。

①ある ②ない

5、ご本人の身体状況について

食事について

① 介助で食べさせている ②様子を見て食べさせる ③自分で食べている  
( はし ・ スプーン ・ 特別の用品 [ ] )

\*食べている内容

主食

① ご飯 ②お粥 ③ミキサー

副食

① そのまま ②刻み ③ミキサー

特別な食事(該当する人のみ記入)

① 経管栄養 ②その他( )

経管栄養の場合管理はだれがしていますか。(該当する人のみ記入)

( )

トイレについて

下着は何を使用していますか。

日中

(ア) オムツ ( ) (イ) 布パンツ (ウ) その他( )

夜間

(ア) オムツ ( ) (イ) 布パンツ (ウ) その他( )

トイレに行く時はどうしていますか。

(ア) 自立している (イ) 様子を見て介助している (ウ) 自分で出来る

尿意・便意はありますか

(ア) ある (イ) 時々ある (ウ) その他( )

寝返りは出来ますか

(ア) 出来ない (イ) 出来る

椅子に座れますか

- (ア) 出来ない (イ) 背もたれがあれば出来る (ウ) 出来る  
・どのぐらい座っていられますか ( 分ぐらい )

立ち上がれますか

- (ア) 出来ない (イ) 身体を支えると可能 ( 分ぐらい ) (ウ) 出来る ( 分ぐらい )

歩けますか

- (ア) 出来ない (イ) 介助すれば可能 ( 分ぐらい ) (ウ) 出来る ( 分ぐらい )

歩行補助用具を使用していますか

- (ア) 歩行器 (イ) 杖 (ウ) 車椅子 (・自力で使用 [ m ぐらい ] ・介助して移動 )

入浴について

現在どのようにしてお風呂に入っていますか

- (ア) 入っていない (イ) 施設(入浴サービス)を利用している (ウ) NPA-にお願いしている  
(エ) 一人で入っている (オ) その他 ( )

着替えについて

- (ア) 自分で出来ない (イ) 様子をみて手伝っている (ウ) 出来る

日中はどのように過ごしていますか

- (ア) 寝ている事が多い (イ) 居間などでぼんやりしている事が多い  
(ウ) 自分で好きな事をして過ごしている

視力について

- (ア) 日常生活に支障はない (イ) 良く見えない (ウ) 失明している  
( メガネを [ ア、使用している イ、使用していない ] )

聴力について

- (ア) 日常生活に支障はない (イ) 良く聴こえない (ウ) 聴こえない  
( 補聴器を [ ア、使用している イ、使用していない ] )

本人についてお困りなことは何ですか？

-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----