

提出日 年 月 日

### 入 所 申 込 書

施設に入所したいので、次のとおり申し込みます。

同意欄	施設入所の円滑化に資するため、入所判定及び入所申込者の状況把握に必要な範囲に限り、当該施設が広島県・保険者市町・担当ケアマネジャー等に対し、入所申込書及び添付書類に記載の個人情報を提供し、また広島県・保険者市町・担当ケアマネジャー等が、当該施設に対して、入所判定に必要な個人情報を提供することに同意します。 年 月 日 名前 <span style="float: right;">(印)</span>
-----	--

申請者 (連絡先)	〒 住所	名前	
		電話	( )
		携帯	( )
		入所申込者との関係	

入所申込者の状況	フリガナ		性別	保 険 者		
	名前	印	男・女	被 保 険 者 番 号		
	生年月日	年 月 日	要介護状態区分	要介護 ( 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 )		
	現住所	〒 住所	要 介 護 認 定 有 効 期 間	年 月 日 から 年 月 日 まで		
	状 況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人で暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 老健などの施設や病院に入っている (入所、入院中の方は下記項目にご記入ください) ※施設名または病院名： ※所在地： ※入所又は入院時期： 年 月 頃から				
	住環境	<input type="checkbox"/> 車いすを使用しているが、住居の廊下等の構造が適していないため、介護が困難 <input type="checkbox"/> 住居の便所、浴室、階段等の形態や構造が適していないため、介護が困難 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
	特例入所の理由	[要介護1又は2の入所申込者のみ記入] ※施設以外での生活が著しく困難な理由を記載 (認知症・知的障害・精神障害等、単身世帯・同居家族が高齢等により、施設以外では生活が困難な状態であることがわかるように)				
	入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 年 月 頃 (まで・以降) に入所したい				
	医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 (IVH) <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> じょく瘡 (床ずれ) <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工膀胱 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
	特養申請状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申請 <input type="checkbox"/> 他の施設にも申請している (申請している施設名： )				
主介護者	フリガナ		性別	入所申込者との関係		
	名前		男・女	生 年 月 日	年 月 日	
	同居有無	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 ( <input type="checkbox"/> 同一市内 <input type="checkbox"/> 県内市外 <input type="checkbox"/> 県外 ) <input type="checkbox"/> その他 ( )				
その他の介護者	名前	年齢		同居 別居 ( <input type="checkbox"/> 同一市内 <input type="checkbox"/> 県内市外 <input type="checkbox"/> 県外 )	入所申込者との関係	
	名前	年齢		同居 別居 ( <input type="checkbox"/> 同一市内 <input type="checkbox"/> 県内市外 <input type="checkbox"/> 県外 )	入所申込者との関係	
	名前	年齢		同居 別居 ( <input type="checkbox"/> 同一市内 <input type="checkbox"/> 県内市外 <input type="checkbox"/> 県外 )	入所申込者との関係	
	名前	年齢		同居 別居 ( <input type="checkbox"/> 同一市内 <input type="checkbox"/> 県内市外 <input type="checkbox"/> 県外 )	入所申込者との関係	
	名前	年齢		同居 別居 ( <input type="checkbox"/> 同一市内 <input type="checkbox"/> 県内市外 <input type="checkbox"/> 県外 )	入所申込者との関係	
	名前	年齢		同居 別居 ( <input type="checkbox"/> 同一市内 <input type="checkbox"/> 県内市外 <input type="checkbox"/> 県外 )	入所申込者との関係	

入所の必要性	【自由記述】 〔※本人の在宅生活が困難な理由（本人の状況や、家族等による介護が困難な状況等を具体的に記載）〕	
	備考	担当ケアマネジャー <input type="checkbox"/> いる ※事業所名（ ）名前（ ） <input type="checkbox"/> いない

【施設記入欄】
---------

お願い

入所申込者の要介護度や転居による住所変更など、本入所申込書に記載した事項等に変更があった場合、死亡された場合、あるいは他の特別養護老人ホーム等に入所された場合は、必ず等施設に連絡してください。  
連絡がいただけない場合は、入所決定を行えないことがあります。

調 査 票

記入日	年	月	日	記入者	名前		入所申込者との関係		
					所属名				
					所属住所	〒			
					電話	( ) -			
入所申込者の状況	フリガナ				生年月日	年	月	日	
	名前								
	現住所	〒							
	医療状況	現在治療中の病名							
		主治医病院名・病院住所・担当医師名							
在宅サービス利用率	( ) %	※申込日の属する月の前3月について、〔利用単位合計÷支給限度額合計〕(少数以下四捨五入)により算出							
入所申込者の身体状況	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 全盲	着脱衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助					
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや難聴 <input type="checkbox"/> 難聴	排泄	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> Pトイレ <input type="checkbox"/> オムツ (自立・声かけ誘導・一部介助・全介助)					
	意思疎通	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> ときどき可 <input type="checkbox"/> ほとんど不可 <input type="checkbox"/> 不可	移動	<input type="checkbox"/> 歩行(自力・杖・歩行器) <input type="checkbox"/> 車椅子(自力・介助) <input type="checkbox"/> 不可					
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助					
	整容	洗面： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 歯磨き： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 入れ歯： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無							
認知症・精神状態等	<input type="checkbox"/> 認知症 有 [認知症高齢者の日常生活自立度： ] <input type="checkbox"/> 認知症の行動・心理症状(BPSD) 有 <input type="checkbox"/> 精神的障害 有 <input type="checkbox"/> 知的障害 有 ※上記項目に該当がある場合は、下欄に認知症や精神的障害に伴う行動や症状等を具体的に記載 ( ) <input type="checkbox"/> 特になし								
手帳の有無	身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 種 級/障害名： ) 療育手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (等級： ) 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (等級： )								

施設記入欄

介 護 者 の 状 況	<input type="checkbox"/> 介護者が就業等で介護が困難 <input type="checkbox"/> 複数の要介護者がいるため介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護者が要支援状態・高齢等で十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護者が要介護状態・障がい等を有するなど、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護者が病気等により長期入院中で、介護が困難 <input type="checkbox"/> 身寄りや介護者が誰もいない ※該当する状況にチェックしてください（複数回答可）	
	介 護 支 援 専 門 員 等 の 意 見	
	<input type="checkbox"/> 本人の心身の状況 内容：	)
	<input type="checkbox"/> 経済的理由 内容：	)
	<input type="checkbox"/> 家族の介護負担 内容：	)
	<input type="checkbox"/> 住環境 内容：	)
	<input type="checkbox"/> その他 内容：	)
	その他特記事項	

※各項目については、原則介護支援専門員、病院・施設の職員等、入所申込者の状況を把握している者が記入すること。