

氏名：	続柄：	電話番号：
〒： 住所：		

※太ワクの中をすべて記入してください。(不明な点は、施設にご相談ください。)

※口欄は、該当するものに×を記入してください。

◎介護者・家族等の状況

家 族 構 成	続柄	氏 名	年齢	入所希望者と	住 所	電 話	備 考
				同居・別居			
				同居・別居			
				同居・別居			
				同居・別居			
				同居・別居			
主 た る 介 護 者	フリガナ				年 齢	本人との関係	備 考
	氏 名						
	健康状態	☐ 疾病 (<具体的に>) ☐ 健康					
	介護の状況	☐ 介護する者が要介護状態のため、介護困難な状態である ☐ 仕事や入所希望者以外の人の看病等があり、介護困難な状態である (<具体的に>) ☐ 多少介護は可能であるが、常時の介護は困難な状態である (<具体的に>) ☐ 介護可能な状態である					
	介護の場所	☐ 自宅 ☐ 病院又は介護老人保健施設 ☐ その他の施設に入所中					
	介護歴	年 月頃から介護している (期間：約 年)					
	介護協力者	☐ なし ☐ 随時あり (氏名 _____ 続柄 _____) ☐ 常時あり (氏名 _____ 続柄 _____)					
	意見	[食事や排せつのこと、その他介護をしている上で困っていることなど]					

申込者名

◎入所希望者の状況

入 所 希 望 者 の 状 況	サ ー ビ ス 等 の 利 用 状 況	☐ 他の施設や医療機関に入っている ・施設名又は医療機関名： _____ (_____ 市・町・村) ・所在地： _____ ・入所又は入院時期：平成・令和 年 月から入所（入院）している。 ・施設や医療機関から退所（退院）を求められているか。（ いる ・ いない ）
		☐ 以前、指定介護老人福祉施設に入所していたが、医療機関に入院するため退所した ・入所していた施設名： _____ (_____ 市・町・村) ・退所した時期：平成・令和 年 月退所
		☐ 在宅で介護保険の居宅サービス（訪問・通所系サービス及び短期入所）を受けている ☐ 訪問介護 (☐ 毎日 ☐ 週4～6日 ☐ 週3日以下) ☐ 訪問入浴介護 (☐ 週3回以上 ☐ 週2回以下) ☐ 訪問看護 (☐ 毎日 ☐ 週4～6日 ☐ 週3日以下) ☐ 訪問リハビリテーション (☐ 毎日 ☐ 週4～6日 ☐ 週3日以下) ☐ 通所介護 (☐ 毎日 ☐ 週4～6日 ☐ 週3日以下) ☐ 通所リハビリテーション (☐ 毎日 ☐ 週4～6日 ☐ 週3日以下) ☐ 短期入所生活介護 (最近3か月の利用日数 日) ☐ 短期入所療養介護 (最近3か月の利用日数 日) ☐ 小規模多機能型居宅介護 ☐ その他 (_____) ※その他、居宅サービス等が十分に受けられない理由など特にありましたらお書きください。 [_____]
住 宅 の 状 況		☐ 他施設又は医療機関に入所・入院中であるが、退所後、行き場がない (理由)
		☐ 段差・手すり・浴室・トイレ・居室の広さなどが介護に適さず、住宅改修も困難である (理由) その他、住宅の状況で困っていること等ありましたら、お書きください。 [_____]
	認知症などの状況	☐ 認知症などによる症状（頻繁にみられるもの）がある ☐ 認知症などによる症状はない ☐ 徘徊（室内を含む） ☐ 暴言や暴力がある ☐ 不潔行為（排泄物をいじるなど） ☐ 妄想（物を盗られたなど） ☐ 介護拒否（入浴、着替えなど） ☐ 幻覚（現実にはないものが見える） ☐ 不穏（いらいらしている） ☐ 抑うつ状態（ふさぎこんでいる） ☐ 異食（食べ物以外を口にすると） ☐ 昼夜の逆転がある ☐ 大声や奇声を出す ☐ 物を集める、無断で持ってくる ☐ その他 (_____)
入 所 希 望 者 が 要 介 護 1・2 の 場 合	特 例 入 所 の 申 立	<u>要介護1又は2の方が入所するためには、下記のいずれかに該当する必要があります。</u> <u>ご自身の判断で該当すると思われる項目に印をつけてください。</u> ☐ 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・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られる。 ☐ 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・行動や意志疎通の困難さ等が頻繁に見られる。 ☐ 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。 ☐ 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。 ※具体的状況 [_____]

※□欄は、該当するものに×を記入してください。

入所希望者の状況	医療の状況	☐ 経管栄養 ☐ 胃ろう ☐ 在宅酸素 ☐ インシュリン注射 ☐ その他（ ） ＜現在療養中の病気・特記事項等＞					
		主治医	（病 院 名） （医 師 名） （住 所） （電 話 番 号）				

介護 支援 専門 員 記 入 欄	担当介護支援専門員 氏名	事業所名	連絡先電話番号
	認知症高齢者の日常生活自立度	Ⅰ ・ Ⅱ a ・ Ⅱ b ・ Ⅲ a ・ Ⅲ b ・ Ⅳ ・ M	
	障害高齢者の日常生活自立度	J 1 ・ J 2 ・ A 1 ・ A 2 ・ B 1 ・ B 2 ・ C 1 ・ C 2	
	在宅サービス利用率	%（直近3ヶ月の平均）	
	意見等 { 特例入所の要件（※要介護1・2の場合のみ）に該当するかや、入所の必要性 緊急性などの意見を記入してください。 }		
※要介護1・2の方の「特例入所」の要件 ①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・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られる。 ②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・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られる。 ③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。 ④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。			

施 設 記 入 欄	入所申込書受付日	令和	年	月	日
	入 所 決 定 日	令和	年	月	日