

介護老人福祉施設入所申込書

申請者(連絡先):原則として入所申込者は本人、身元引受人又は代理人となります。

入所希望施設	
申込日	年 月 日
受付日	年 月 日
以前の申込日	年 月 日

住所	〒		
申請者氏名		続柄	
電話番号	-	-	
携帯電話番号	-	-	

- * 申込みの際には、介護保険被保険者証(写)並びに直近の介護サービス利用票及び別表(写)を添付してください。
- * 入所申込書の記載内容に変更が生じた場合は、必ず申込み事項の変更をお申し出ください。
- * 都合により入所申込みの取下げをする場合は、入所申込取下書を提出してください。

上記の施設に入所したいので、次のとおり申し込みいたします。

入所対象者の現状	フリガナ		男	介護保険者名		保険者番号							
	氏名		女	介護保険被保険者番号									
	生年月日	年 月 日(歳)		要介護度	1	2	3	4	5				
	住所	〒		要介護度認定期間	年 月 日から	年 月 日まで							
	居宅介護支援事業所					認定日							
	担当介護支援専門員												
	現況	<input type="checkbox"/> 単身世帯 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 家族と同居 <input type="checkbox"/> 介護保険施設又は病院等に入所(院)中 この場合、どこの施設(病院)ですか:施設等の名称() 施設の所在地(県 市) 入所(入院)時期は: 年 月 日から 退所(退院)予定は: 年 月 日まで <input type="checkbox"/> 現在退所(退院)を求められている											
主たる介護者	フリガナ		生年月日	年 月 日(歳)									
	氏名		同居の別	<input type="checkbox"/> 同居(家族構成計 人) <input type="checkbox"/> 別居									
	住所	〒											
	電話番号	-	-	男・女		本人との関係							
申請状況	<input type="checkbox"/> 当施設のみに申し込む <input type="checkbox"/> ユニット型、従来型、両方希望する <input type="checkbox"/> ユニット型のみ希望する <input type="checkbox"/> 従来型のみ希望する <input type="checkbox"/> 他施設に申し込んである、今後申し込む予定 () () () () () ※他施設へ入所した場合、当施設への入所申込の取下げを希望 <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない												
同意書	以上は、社会福祉法人南相馬福祉会介護老人福祉施設入所に係る指針の説明を書面により受け、同意の上、申し込みを行ったものです。 また、入所検討委員会における検討資料作成のため、介護支援専門員等による調査の受け入れや、居宅介護支援事業所からサービス利用表の写し及び、特例入所意見書交付願を市町村に提出することに同意致します。 本人 (印) 家族(又は代理人) (印)												

入所申込対象者 _____ の状況は下記の通りです。 年 月 日 現在

認知症状などについて、あてはまる項目に☑をつけてください。

- | | | | | |
|------------------------|-----------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------|
| 1、暴言・暴力行為がある | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 少し(月1～3回) | <input type="checkbox"/> やや多い(週1～3回) | <input type="checkbox"/> ほぼ毎日 |
| 2、大声を出す | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 少し(月1～3回) | <input type="checkbox"/> やや多い(週1～3回) | <input type="checkbox"/> ほぼ毎日 |
| 3、介護に抵抗する | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 少し(月1～3回) | <input type="checkbox"/> やや多い(週1～3回) | <input type="checkbox"/> ほぼ毎日 |
| 4、目的もなく動き回る | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 少し(月1～3回) | <input type="checkbox"/> やや多い(週1～3回) | <input type="checkbox"/> ほぼ毎日 |
| 5、外出して戻れない | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 少し(月1～3回) | <input type="checkbox"/> やや多い(週1～3回) | <input type="checkbox"/> ほぼ毎日 |
| 6、一人で外に出たがり目が離せない | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 少し(月1～3回) | <input type="checkbox"/> やや多い(週1～3回) | <input type="checkbox"/> ほぼ毎日 |
| 7、火の不始末がある | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 少し(月1～3回) | <input type="checkbox"/> やや多い(週1～3回) | <input type="checkbox"/> ほぼ毎日 |
| 8、不潔な行為がある | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 少し(月1～3回) | <input type="checkbox"/> やや多い(週1～3回) | <input type="checkbox"/> ほぼ毎日 |
| 9、食べられないものを食べる | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 少し(月1～3回) | <input type="checkbox"/> やや多い(週1～3回) | <input type="checkbox"/> ほぼ毎日 |
| 10、昼夜逆転している | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 少し(月1～3回) | <input type="checkbox"/> やや多い(週1～3回) | <input type="checkbox"/> ほぼ毎日 |
| 11、物盗られ等の妄想がある | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 少し(月1～3回) | <input type="checkbox"/> やや多い(週1～3回) | <input type="checkbox"/> ほぼ毎日 |
| 12、作話をする | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 少し(月1～3回) | <input type="checkbox"/> やや多い(週1～3回) | <input type="checkbox"/> ほぼ毎日 |
| 13、実際無いものを見聞きする | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 少し(月1～3回) | <input type="checkbox"/> やや多い(週1～3回) | <input type="checkbox"/> ほぼ毎日 |
| 14、感情が不安定になる | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 少し(月1～3回) | <input type="checkbox"/> やや多い(週1～3回) | <input type="checkbox"/> ほぼ毎日 |
| 15、しつこく同じ話をしたり不快な音をたてる | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 少し(月1～3回) | <input type="checkbox"/> やや多い(週1～3回) | <input type="checkbox"/> ほぼ毎日 |
| 16、「家に帰る」等落ち着きがない | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 少し(月1～3回) | <input type="checkbox"/> やや多い(週1～3回) | <input type="checkbox"/> ほぼ毎日 |
| 17、いろいろな物を集めたり無断で持って来る | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 少し(月1～3回) | <input type="checkbox"/> やや多い(週1～3回) | <input type="checkbox"/> ほぼ毎日 |
| 18、物や衣類を壊したり破いたりする | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 少し(月1～3回) | <input type="checkbox"/> やや多い(週1～3回) | <input type="checkbox"/> ほぼ毎日 |
| 19、ひどい物忘れがある | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 少し(月1～3回) | <input type="checkbox"/> やや多い(週1～3回) | <input type="checkbox"/> ほぼ毎日 |
| 20、意味もなく独り言や独り笑いをする | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 少し(月1～3回) | <input type="checkbox"/> やや多い(週1～3回) | <input type="checkbox"/> ほぼ毎日 |
| 21、自分勝手に行動する | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 少し(月1～3回) | <input type="checkbox"/> やや多い(週1～3回) | <input type="checkbox"/> ほぼ毎日 |
| 22、話がまとまらず、会話にならない | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 少し(月1～3回) | <input type="checkbox"/> やや多い(週1～3回) | <input type="checkbox"/> ほぼ毎日 |

入所申込対象者 _____ の状況は下記の通りです。 年 月 日 現在

介護困難な事由について、あてはまる項目に☑をつけてください

1、介護者がいない

(単身生活 主介護者が入院等で自宅にいない)

2、主介護者が障がい、疾病、高齢の状況にある

(介助が全くできない 介助を一部できる 介助をできる)

3、主介護者が複数の家族等を介護している

(介助が全くできない 介助を一部できる 介助をできる)

4、主介護者が育児又は家族の看病をしている

(介助が全くできない 介助を半日できる 介助を時々できる)

5、主介護者が就労している

(介助が全くできない 介助を一部できる)

6、主介護者以外の同居家族の協力状況

(ほとんどない 多少あり)

7、別居血縁者等の協力状況

(ほとんどない 多少あり)

8、住環境等の状況

(住宅状況 経済的状況 地域性 避難)により在宅介護が困難

(津波、倒壊などにより家に住めない 旧警戒区域の為住めない
自主避難)

9、医療の状況

経管栄養

→経管栄養の場合、その種類 胃瘻 鼻腔 その他 ()

インシュリン注射 人工肛門の処置 点滴 カテーテル 褥瘡

在宅酸素 透析 その他 ()

10、居宅サービスの利用状況

(サービスの種類:)

80%以上 50%以上80%未満

50%未満(経済的事由) 50%未満(介護の必要状況)

介護が困難な状況について、あてはまる項目に☑をつけてください(要介護1、2の方)

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・行動や意思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

その他、介護が困難な状況についてご記入下さい