

(様式1) ※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

### 指定介護老人福祉施設等(特別養護老人ホーム)入所申込書 ①

入所を希望する者	フリガナ	ヨロン タロウ	保険者名	与論町(*保険者となる市町村名をご記入下さい)									
	氏名	与論 太郎(*入所を希望される方)		被保険者番号	5	3	5	0	0				
	生年月日	明・大(昭)平 14年 4月 4日 (83)歳						性別	(男・女)				
	現住所	(郵便番号 891- ) 電話番号( - )						鹿児島県大島郡与論町 (*住民票に記載されている住所をご記入ください。)					
※入所を希望される方	認定状況	<input checked="" type="checkbox"/> 要介護認定を受けている (*介護保険証に記載された内容をご記入ください。)											
		<申込日現在の介護度> 要介護 ( 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 )											
	<認定有効期間> **年 **月 **日から **年 **月 **日まで												
	<input type="checkbox"/> 区分変更申請中 ( 年 月 日申請)					<input type="checkbox"/> 更新申請中 ( 年 月 日申請)							
<input type="checkbox"/> 要介護認定を受けていない													
<input type="checkbox"/> 認定申請中 ( 年 月 日申請)													
世帯状況			<input type="checkbox"/> 同居家族がない(一人暮らし)				<input checked="" type="checkbox"/> 同居家族がいる						
入所を希望する理由	<input type="checkbox"/> 介護する者がいないため。 <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」、「障害」、「疾病」等により十分な介護が困難なため。 <input checked="" type="checkbox"/> 介護者が就労していることから、十分な介護が困難なため。 <input checked="" type="checkbox"/> 居住環境の事情により、十分な介護が困難なため。 <input checked="" type="checkbox"/> 施設や病院等から退所等を求められているが、受け入れが困難なため。 <input checked="" type="checkbox"/> その他 ( <input type="checkbox"/> 〇〇病院に入院中だが、入院期間が長期となり退院を求められている。母親も介護中で 島内協力者がいない。台風被害で現在貸家住まい。経済的な理由。介護者が未成年・・・など )												
指定介護老人福祉施設 特別養護老人ホームヨロン園 施設長 池田靖典 殿 貴施設に入所を希望するため、申し込みます。 貴施設が入所判定に使用する目的で、居宅介護支援事業者、市町村、地域包括支援センター、病院、施設等から情報提供を受けることに同意します。また、市町村が居宅介護支援事業者等に、入所申込者の状況等を確認することに同意します。													
令和 年 月 日 (申込者)	住所	鹿児島県大島郡与論町				(*必ず押印をお願いします。)							
氏名	与論 一郎				印	(続柄) 長男							

提出者(連絡先)

氏名:	与論 一郎	続柄:	長男	電話番号:	000-0000-0000							
〒:	891 -											
住所:	鹿児島県大島郡与論町				(*電話番号は確実に連絡が取れる連絡先をご記入下さい。)							

※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 ②

※ 入所申込みに対する家族の同意等は備考欄に記入してください。

家族構成	続柄	氏名	年齢	入所申込者と	住所	電話	備考
	妻	与論 花子	80	同居・別居	与論町	0000-	同意
	長男	与論 一郎	55	同居・別居	同上	000-	同意
	長女	鹿児島 桜子	50	同居・別居	鹿児島市	000-	同意
	次女	大島 桃子	48	同居・別居	奄美市	000-	同意
				同居・別居			

  

主たる介護者	フリガナ	ヨロン イチロウ	年齢	本人との関係	備考
	氏名	与論 一郎	55	長男	
	健康状態	<input checked="" type="checkbox"/> 疾病 <small>&lt;具体的に&gt;</small> <div style="border: 1px solid blue; border-radius: 50%; padding: 5px; display: inline-block;">                     ※主に介護をされている方の状況、疾病等あればご記入下さい                 </div> <input type="checkbox"/> 健康			
	介護の状況	<input type="checkbox"/> 介護する者が要介護状態のため、介護困難な状態である <input checked="" type="checkbox"/> 仕事や入所申込者以外の人 <span style="font-size: small;">の看病等</span> があり、介護困難な状態である <small>&lt;具体的に&gt;</small> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 5px;">                     ○○会社に常勤（8時間）勤務しており、母も介護中である。                 </div> <input type="checkbox"/> 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 <small>&lt;具体的に&gt;</small> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 5px;">                     （空欄）                 </div> <input type="checkbox"/> 介護可能な状態である			
	介護の場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 病院又は介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> その他の施設に入所中			
	介護歴	平成30年12月頃から介護している（期間：約3年）			
	就労	<input type="checkbox"/> していない <input checked="" type="checkbox"/> している    （1日の勤務時間：8時間）			
	介護協力者	<input checked="" type="checkbox"/> なし    * 介護協力者がいる場合の記入例 <input type="checkbox"/> 随時あり（氏名 与論 一郎    続柄 長男    ） <input type="checkbox"/> 常時あり（氏名    続柄    ）			
	意見	<small>[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]</small> 認知機能低下により昼夜逆転、大声、オムツの中に手を入れる等の行為がある。 飲み込みが悪く、誤嚥性肺炎を繰返し、令和3年**月より○○病院に入院中。 自宅では要介護1の母親も介護中である。 など、介護している上で困っていることをご記入ください。			

※家族欄＝島内外の一親等以内の親族または、兄弟、姉妹、甥、姪を記入下さい。

◎入所申込者の状況 ③

申込者名 **与論 太郎**

入所申込者の状況 ※入所を希望される方	サービス等の利用状況	<input checked="" type="checkbox"/> 他の施設や医療機関に入っている <b>* 病院や施設に入院・入所している方</b> ( <ul style="list-style-type: none"> <li>・施設名又は医療機関名: <b>〇〇病院</b> ( <b>与論</b> 市・町・村 )</li> <li>・入所又は入院時期: <b>令和3年 1月</b>から入所(入院)している。</li> <li>・施設や医療機関から退所(退院)を求められているか。( <b>いる</b> ・ いない )</li> </ul> )
		<input type="checkbox"/> 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 <b>* 以前、特別養護老人ホームに入所していた方</b> ( <ul style="list-style-type: none"> <li>・入所していた施設名: ( 市・町・村 )</li> <li>・退所した時期: 年 月 退所</li> </ul> )
		<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 訪問介護 ( <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週4~6日 <input type="checkbox"/> 週3日以下 ) <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 ( <input type="checkbox"/> 週3回以上 <input type="checkbox"/> 週2回以下 ) <input type="checkbox"/> 訪問看護 ( <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週4~6日 <input type="checkbox"/> 週3日以下 ) <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション ( <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週4~6日 <input type="checkbox"/> 週3日以下 ) <input checked="" type="checkbox"/> 通所介護 ( <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週4~6日 <input checked="" type="checkbox"/> 週3日以下 ) <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション ( <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週4~6日 <input type="checkbox"/> 週3日以下 ) <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 (最近3か月の利用日数 日) <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 (最近3か月の利用日数 日) <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 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。 <b>[ *現在在宅サービス(デイサービス等)を受けながら生活されている方は該当する項目全てにチェックして下さい。 ]</b>
住宅の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 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) <b>仕事や母親の介護もあり、一人で2人の介護は困難。島内介護協力者もない。</b>	
	<input checked="" type="checkbox"/> 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) <b>台風被害により現在貸家住まい。経済的事情もあり早期の改修困難。など</b>	
認知症などの状況	<input checked="" type="checkbox"/> 認知症などによる症状(頻繁にみられるもの)がある <input type="checkbox"/> 認知症などによる症状はない ( <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 徘徊(室内を含む)    <input type="checkbox"/> 暴言や暴行がある    <input checked="" type="checkbox"/> 不潔行為(排泄物をいじるなど)</li> <li><input type="checkbox"/> 妄想(物を盗られたなど)    <input type="checkbox"/> 介護拒否(入浴、着替えなど)    <input checked="" type="checkbox"/> 幻覚(現実にはないものが見える)</li> <li><input type="checkbox"/> 不穏(イライラしている)    <input type="checkbox"/> 抑うつ状態(ふさぎこんでいる)    <input type="checkbox"/> 異食(食べ物以外を口にする)</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> 昼夜の逆転がある    <input checked="" type="checkbox"/> 大声や奇声を出す    <input type="checkbox"/> 物を集める、無断で持ってくる</li> </ul> ) <input type="checkbox"/> その他 ( <b>* 該当する項目全てにチェックして下さい。</b> )	
入所申込者が要介護1・2の場合	居宅で日常生活を営むことが困難なことについてやむを得ない事由は、次のとおりです。 <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・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる。 <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る。 <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。 <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。 ※具体的状況 ( <b>* 要介護1・2の方は、該当する項目にチェックし、具体的状況をご記入して下さい。</b> )	

	担当介護支援専門員氏名	事業所名	連絡先電話番号
	ゆんぬ 誠	〇〇居宅介護支援事業所	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇
	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)	
担 当 介 護 支 援 専 門 員 記 入 欄	<b>【医療の状況】</b> <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <現在療養中の病気・主治医・特記事項等> <b>***病院**科    〇〇 〇〇 医師    脳梗塞 (H20)、認知症、誤嚥性肺炎、高血圧症</b>		
	意見等 { <u>特列入所の要件 (※ 要介護1・2の場合のみ) に該当するか、入所の必要性、</u> <u>緊急性などの意見を記入してください。</u> } <div style="border: 1px solid blue; border-radius: 50%; padding: 20px; text-align: center; margin: 20px 0;"> <b>※担当の介護支援専門員または、入院・入所先のソーシャルワーカー及び担当者に記入してもらって下さい。</b> </div>		
	※要介護1・2の方の「特列入所」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・行動や意思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・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られる。 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	年    月    日	
	入所決定日	年    月    日	
	<b>※入所申込書に介護保険被保険者証の写しを添えて、施設へ提出して下さい。</b>		

入所希望者本人の状態調査表(ADL 状況) ⑤

記入日:令和 年 月 日 / 記入者( )

氏名	与論 太郎 様	生年月日	M・T・S 14年 4月 4日 83歳
----	---------	------	---------------------

身体測定	身長: 160.5 cm	体重: 60.0 kg	ALB: 3.0 g/dL
------	--------------	-------------	---------------

現病歴 ・ 既往歴  (特記事項)	脳梗塞 認知症 誤嚥性肺炎 高血圧症 など  または、かかりつけ医による医療情報	服薬
-------------------------------	---	----

身体状態	アレルギー	<input checked="" type="checkbox"/> 食物 ( <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ) / <input type="checkbox"/> 薬物 ( <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 )
	麻痺	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 右上肢 <input checked="" type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input checked="" type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> その他 )
	拘縮	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )
	皮膚・褥瘡	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )
	感覚障害	<input type="checkbox"/> 視覚 ( <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ) <input checked="" type="checkbox"/> 聴覚 ( <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 ) <input checked="" type="checkbox"/> 言語 ( <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 ) 状態 ( 両耳やや難聴あり、左半側空間無視、構音障害・・ など )
	コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 支障なし <input checked="" type="checkbox"/> 簡単な意思疎通できる <input type="checkbox"/> 疎通出来ない ( 軽度の聞き取り辛さ残るが、簡単な会話は出来る。 )
精神状態	精神・認知症状	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 診断名: ( アルツハイマー型+脳血管性認知症 )  <input checked="" type="checkbox"/> 記憶障害 <input checked="" type="checkbox"/> 見当識障害 <input type="checkbox"/> 幻聴 <input checked="" type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 帰宅願望 <input checked="" type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 介護拒否 <input type="checkbox"/> 脱衣 <input type="checkbox"/> 収集癖 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input checked="" type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 不眠 <input checked="" type="checkbox"/> 大声・奇声 <input checked="" type="checkbox"/> ひどい物忘れ <input type="checkbox"/> 性的逸脱行為 <input type="checkbox"/> 自傷行為 <input type="checkbox"/> 他傷行為 <input type="checkbox"/> その他 ( )

起居動作	移動方法	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 伝い歩き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input checked="" type="checkbox"/> 車いす ( <input type="checkbox"/> 自力 <input checked="" type="checkbox"/> 介助 )
	車椅子移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助
	寝返り	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助
	起き上がり	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助
	座位保持	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	立ち上がり	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助
	立位保持	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助
食事	状態	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経管栄養
	食事形態	主食: <input type="checkbox"/> ご飯 <input checked="" type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー粥 <input type="checkbox"/> 重湯 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 副食: <input type="checkbox"/> 常菜 <input type="checkbox"/> 一口大 <input checked="" type="checkbox"/> キザミ <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他 ( )
	嚥下	<input type="checkbox"/> 咽ない <input type="checkbox"/> 時々咽る <input checked="" type="checkbox"/> 毎回咽る <input type="checkbox"/> トロミ剤使用 ( <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 )
	口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助 自歯: <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 / 義歯: <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有
排泄	状態	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> カテーテル 尿意: <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 時々 / 便意: <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input checked="" type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> その他 ( )
	入浴	状態 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 ( ) <input checked="" type="checkbox"/> 全介助

	<input type="checkbox"/> 一般浴 <input checked="" type="checkbox"/> 寝台浴 <input type="checkbox"/> その他( )
更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助( ) <input checked="" type="checkbox"/> 全介助

## 【 入所申込から入所までの流れ 】

### （ 入所申込み ）

・入所をご希望される方へ申込書類一式(申込書+記入例)をお渡しします。

①～③ ⇒ 入所を希望される方及びご家族が、記入例を参考に詳細にご記入下さい。

④～⑤ ⇒ 担当の介護支援専門員または入院・入所先の担当者にご記入してもらって下さい。

介護保険証の写しを一部添えて①～⑤の申込書をご提出下さい。

### （ 入所受付 ）

・入所判定に使用する目的で、生活相談員がご家族や居宅介護支援事業所、病院、市町村、施設等から情報提供を受ける事をご了承下さい。

### （ 入所検討委員会 ）

・入所検討委員会(原則3ヶ月に一回開催)で、提出していただいた書類等をもとに、入所の必要性及び緊急性を協議し、入所順位を決定します。

・提出された内容に変更が生じた場合（介護度、本人の状態、家族状況等）には、ヨロン園 担当者へご連絡下さい。

### （ ご連絡 ）

・入所が決定しましたら、ご連絡いたします。

・入所前に健康診断書、かかりつけ医師の診療情報提供書が必要になります。

### （ 入所前面談 ）

・入所日時の調整や荷物、重要事項説明書・契約書の説明、意向の確認等を行います。

### （ ご入所 ）

・入所時の カンファレンス後、施設サービス開始となります。

☆ 入所申込に関して、ご不明な点がございましたら、下記担当者までご連絡下さい。

社会福祉法人 光与会

特別養護老人ホームヨロン園 生活相談員兼介護支援専門員：池田照美

TEL 0997-97-2285 FAX 0997-97-2276

(様式1) ※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

指定介護老人福祉施設等(特別養護老人ホーム)入所申込書 ①

入所を希望する者	フリガナ		保険者名								
	氏名		被保険者番号								
	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 ( ) 歳						性別 (男・女)			
	現住所	(郵便番号 - )				電話番号 ( - - )					
	認定状況	<input type="checkbox"/> 要介護認定を受けている ＜申込日現在の介護度＞ 要介護 ( 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ) ＜認定有効期間＞ 年 月 日から 年 月 日まで <input type="checkbox"/> 区分変更申請中 ( 年 月 日申請) <input type="checkbox"/> 更新申請中 ( 年 月 日申請) <input type="checkbox"/> 要介護認定を受けていない <input type="checkbox"/> 認定申請中 ( 年 月 日申請)									
世帯状況	<input type="checkbox"/> 同居家族がない(一人暮らし) <input type="checkbox"/> 同居家族がいる										
入所を希望する理由	<input type="checkbox"/> 介護する者がいないため。 <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」、「障害」、「疾病」等により十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 介護者が就労していることから、十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により、十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所等を求められているが、受け入れが困難なため。 <input type="checkbox"/> その他 ( )										
指定介護老人福祉施設 特別養護老人ホームヨロン園 施設長 池田靖典 殿 貴施設に入所を希望するため、申し込みます。 貴施設が入所判定に使用する目的で、居宅介護支援事業者、市町村、地域包括支援センター、病院、施設等から情報提供を受けることに同意します。また、市町村が居宅介護支援事業者等に、入所申込者の状況等を確認することに同意します。											
令和 年 月 日 (申込者) 住所 氏名 印 (続柄)											

提出者（連絡先）

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

家族構成	続柄	氏名	年齢	入所申込者と	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	<input type="checkbox"/> 疾病 <small>&lt;具体的に&gt;</small> <input type="checkbox"/> 健康		
	介護の状況	<input type="checkbox"/> 介護する者が要介護状態のため、介護困難な状態である <input type="checkbox"/> 仕事や入所申込者以外の人の看病等があり、介護困難な状態である <small>&lt;具体的に&gt;</small> <input type="checkbox"/> 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 <small>&lt;具体的に&gt;</small> <input type="checkbox"/> 介護可能な状態である		
	介護の場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院又は介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 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）		
	就労	<input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> している      （1日の勤務時間：      時間）		
	介護協力者	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 随時あり（氏名      続柄      ） <input type="checkbox"/> 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]
--	----	-----------------------------------

◎介護者・家族等の状況

②

※ 入所申込みに対する家族の同意等は備考欄に記入してください。

◎入所申込者の状況

③

申込者名

入所申込者の状況	サービス等の利用状況	<input type="checkbox"/> 他の施設や医療機関に入っている <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>・施設名又は医療機関名： (市・町・村)</li> <li>・入所又は入院時期： 年 月から入所(入院)している。</li> <li>・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)</li> </ul> </div>
	サービスの利用状況	<input type="checkbox"/> 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 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>・入所していた施設名： (市・町・村)</li> <li>・退所した時期： 年 月 退所</li> </ul> </div>
	サービスの利用状況	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 訪問介護 (□毎日 □週4～6日 □週3日以下) <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 (□週3回以上 □週2回以下) <input type="checkbox"/> 訪問看護 (□毎日 □週4～6日 □週3日以下) <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション (□毎日 □週4～6日 □週3日以下) <input type="checkbox"/> 通所介護 (□毎日 □週4～6日 □週3日以下) <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション (□毎日 □週4～6日 □週3日以下) <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 (最近3か月の利用日数 日) <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 (最近3か月の利用日数 日) <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <p>※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。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> </div>
入所申込者の状況	住宅の状況	<input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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)
入所申込者の状況	認知症などの状況	<input type="checkbox"/> 認知症などによる症状(頻繁にみられるもの)がある <input type="checkbox"/> 認知症などによる症状はない <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> <input type="checkbox"/> 徘徊(室内を含む)    <input type="checkbox"/> 暴言や暴行がある    <input type="checkbox"/> 不潔行為(排泄物をいじるなど)  <input type="checkbox"/> 妄想(物を盗られたなど)    <input type="checkbox"/> 介護拒否(入浴、着替えなど)    <input type="checkbox"/> 幻覚(現実にはないものが見える)  <input type="checkbox"/> 不穏(イライラしている)    <input type="checkbox"/> 抑うつ状態(ふさぎこんでいる)    <input type="checkbox"/> 異食(食べ物以外を口にする)  <input type="checkbox"/> 昼夜の逆転がある    <input type="checkbox"/> 大声や奇声を出す    <input type="checkbox"/> 物を集める、無断で持ってくる  <input type="checkbox"/> その他 ( ) </div>

入所申込者が要介護1・2の場合	特 例 入 所 の 申 立	<p>居宅で日常生活を営むことが困難なことについてやむを得ない事由は、次のとおりです。</p> <p><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・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる。</p> <p><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る。</p> <p><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。</p> <p><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。</p> <p>※具体的状況 [ ]</p>
-----------------	---------------------------------	---



氏名	様	生年月日	M・T・S	年	月	日
			歳			

身体測定	身長:	cm	体重:	kg	ALB:	g/dL
------	-----	----	-----	----	------	------

現病歴 ・ 既往歴  (特記事項)		服薬	
-------------------------------	--	----	--

身体状態	アレルギー	□食物 (□有 □無) / □薬物 (□有 □無)	
	麻痺	□無 □有(□右上肢 □左上肢 □右下肢 □左下肢 □その他)	
	拘縮	□無 □有( )	
	皮膚・褥瘡	□無 □有( )	
	感覚障害	□視覚(□無 □有) □聴覚(□無 □有) □言語(□無 □有) 状態( )	
	コミュニケーション	□支障なし □簡単な意思疎通できる □疎通出来ない ( )	

精神状態	精神・認知症状	□無 □有 診断名: ( )
		□記憶障害 □見当識障害 □幻聴 □幻覚 □被害妄想 □異食 □帰宅願望 □不潔行為 □徘徊 □介護拒否 □脱衣 □収集癖 □暴言 □暴行 □昼夜逆転 □不眠 □大声・奇声 □ひどい物忘れ □性的逸脱行為 □自傷行為 □他傷行為 □その他( )

起居動作	移動方法	□自立 □伝い歩き □杖 □歩行器 □車いす(□自力 □介助)
	車椅子移乗	□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
	起き上がり	□自立 □見守り □一部介助 □全介助
	座位保持	□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
	立位保持	□自立 □見守り □一部介助 □全介助

食事	状態	□自立 □見守り □一部介助 □全介助 □経管栄養
	食事形態	主食: □ご飯 □全粥 □ミキサー粥 □重湯 □その他 ( )
		副食: □常菜 □一口大 □キザミ □ミキサー □その他( )
	嚥下	□咽ない □時々咽る □毎回咽る □トロミ剤使用(□有 □無)
口腔ケア	□自立 □一部介助 □全介助 自歯: □無 □有 / 義歯: □無 □有	

排泄	状態	□自立 □見守り □一部介助 □全介助 □カテーテル
		尿意: □有 □無 □時々 / 便意: □有 □無 □時々
		□トイレ □ポータブルトイレ □オムツ □その他 ( )
状態	□自立 □見守り □一部介助( ) □全介助	

入浴		<input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 寝台浴 <input type="checkbox"/> その他( )
	更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助( ) <input type="checkbox"/> 全介助