申込日　　令和　　年　　月　　日

（様式1）

入 所 申 込 書

申 込 者 〒

介護老人福祉施設　　住　所

特別養護老人ホーム　　氏　名　　印（入所希望者との関係　　）

シーサイドホーム　　様　　電　話

携帯電話

入所希望者の状況	ふりがな												
	氏　名										男 女	生年月日	明治 大正　　年　　月　　日 昭和　　満　　歳
	住　所	〒　　－ 電話番号　　－											
	介護保険	要介護度	□要介護度1　□要介護度2　□要介護度3　□要介護度4　□要介護度5										
		被保険者番号										保険者（市町村）	
		認定期間	年　　月　　日　～　　年　　月　　日										
	健康保険	種　別						障害者手帳	種　類				
		記号番号							判　定				
	収入状況	年金等	（種別）　　（支給年額）										
			（種別）　　（支給年額）										
			生活保護受給	有　・　無									
	現況（在宅）	□自宅で一人暮らしをしている　□自宅で夫婦と暮らしている　□自宅で子供と同居している											
		在宅サービスの利用　□あり（内容　　）　□なし											
		□在宅介護サービスの支給限度額以上のサービスを利用している											
	現況（施設・病院）	□施設や病院で生活している（施設種別をチェックして名称・時期などをご記入して下さい）											
		□特別養護老人ホーム　□介護老人保健施設　□養護老人ホーム　□グループホーム □病院（救急）　□病院（一般）　□病院（療養）　□その他（　　）											
		施設又は病院名					入所又は入院時期　　年　　月頃						
	医療の状況	現病名（　　）											
		病　歴（　　）											
		□鼻腔栄養　□胃ろう　□インシュリン注射　□ペースメーカー　□痰吸引　□酸素療法　□透析　□疼痛管理											
		□人工肛門　□膀胱留置カテーテル　□褥瘡　□C型肝炎等　□MRSA　□その他（　　）											
入所希望者の日常生活状況	□認知症がある　→特記すべき症状（　　）												
	□視力に障害がある　□聴力に障害がある　□言語に障害がある　□手足に障害がある												
	移動・・・□自分で可　□一部介助　□全介助	□杖を使用　□車椅子を使用　□歩行器　□その他（　　）											
	食事・・・□自分で可　□一部介助　□全介助	形態：□普通食　□刻み食　□流動食　　内容：□普通　□治療食											
	排泄・・・□自分で可　□一部介助　□全介助	□トイレ　□ポータブル　□オムツ　□その他（　　）											
	入浴・・・□自分で可　□一部介助　□全介助												

入所希望の時期及び理由	□すぐに入所したい　□将来的に入所したい（時期　　頃）　□他施設入所申込みをしている				
	□身寄りがいない若しくは家族等がいても疎遠であるなど介護する者がいないため □介護する者が地理的に離れている若しくは病院等に長期入院の状況にあり、十分な介護が困難なため □介護する者が要介護状態、病気療養中、障害を有するなどの状況にあり、十分な介護が困難なため □介護する者が要支援状態、高齢等の状況にあり、十分な介護が困難なため □介護する者が複数の介護や育児を行っているなど、十分な介護が困難なため □介護する者が就業しているため、十分な介護が困難なため □居住環境の事情により十分な介護が困難なため（具体的な内容：　　） □施設や病院等から退所を求められているが、自宅での介護が困難なため □その他（　　） ※該当するものすべてに、レ印等を記入して下さい				
	その他の具体的な状況（経済的状況、介護者の身体的・精神的負担、居住環境、事故の危険性など）				
医療・介護関係者	主治医	医療機関名　　主治医氏名			
	担当ケアマネージャー	□いる　□いない	事業所名　　担当者名		
身元引受人	ふりがな		希望者との関係	大正 昭和　　年　　月　　日 平成	
	氏　名				
	住　所	〒　－			
	電話番号	（自宅）　　（携帯）			
		（勤務先）			
連絡先	ふりがな		希望者との関係	大正 昭和　　年　　月　　日 平成	
	氏　名				
	住　所	〒　－			
	電話番号	（自宅）　　（携帯）			
		（勤務先）			
個人情報取得・提供の同意	入所判定及びサービス提供のため必要な範囲において、入所希望者及びその家族等に関する情報を市町村、居宅介護支援事業所、医療機関及びその他関係機関から、施設が取得し利用することに同意します。また、高齢者施策に役立たせるため高知県及び関係市町村から要請があった場合、入所希望者の情報を提供することに同意します。 なお、入所申込後に入所希望者が死亡、施設・病院等への入所・入院その他の理由により、入所の必要がなくなった場合には、速やかにその旨を連絡し申込みを取り下げます。 入所希望者　氏　名　　印 家　族　等　氏　名　　印				

※入所申込受付には、入所申込書・入所申込意見書・介護保険被保険者証（写）が必要となります。

（様式2）

特別養護老人ホーム　入所申込意見書

記載日　令和　　年　　月　　日

入所希望者氏名

記載者

氏　名

所　属

職　種

ＴＥＬ

※ この意見書は、介護支援専門員、施設・病院職員などの専門職が入所希望者の現在の状況をご記入ください。
（記入する者がいない場合は、申し込み先の施設にご相談ください。）

（1）要介護度　（通例入所）

要介護　5	要介護　4	要介護　3

（特例入所）

要介護　2	要介護　1

特例入所の場合は、(8)特記事項に詳しい状況、状態を記載してください。

（2）認知症高齢者の日常生活自立度

M	Ⅳ	Ⅲb	Ⅲa	Ⅱb	Ⅱa

（3）現在の身体状況に該当する項目に○をつけてください

	A	B	C	特記事項（できる限りご記入ください）
①食　事	介助が必要	見守り程度	自　立	
②入　浴	介助が必要	見守り程度	自　立	
③排　泄	介助が必要	見守り程度	自　立	
④移　動	介助が必要	見守り程度	自　立	
⑤更　衣	介助が必要	見守り程度	自　立	

（4）直近1カ月以内に認知症による周辺症状があったものに○をつけてください

	A	B	C	D	特記事項（できる限りご記入ください）
①火の不始末がある	ほぼ毎日	週1～3回	月1～3回	なし	
②徘徊がある	ほぼ毎日	週1～3回	月1～3回	なし	
③介護に対して抵抗がある	ほぼ毎日	週1～3回	月1～3回	なし	
④暴言暴行や大声がある	ほぼ毎日	週1～3回	月1～3回	なし	
⑤摂食異常がある	ほぼ毎日	週1～3回	月1～3回	なし	
⑥不潔行為がある	ほぼ毎日	週1～3回	月1～3回	なし	
⑦昼夜逆転がある	ほぼ毎日	週1～3回	月1～3回	なし	
⑧その他の周辺症状	ほぼ毎日	週1～3回	月1～3回	なし	

(5) 現在の介護状況に該当するものに〇をつけてください

①身寄りがいない若しくは家族等がいても疎遠であるなど介護する者がいない	
②介護する者はいるが、地理的に離れている若しくは病院等に長期入院の状況にあり、十分な介護が困難	
③介護する者はいるが、要介護状態、病気療養中、障害を有するなどの状況にあり、十分な介護が困難	
④介護する者はいるが、要支援状態、高齢等の状況にあり、十分な介護が困難	
⑤介護する者はいるが、複数の介護や育児を行っているなど、十分な介護が困難	
⑥介護する者はいるが、就業しているため、十分な介護が困難	

(6) 現病名及び既往歴

(現病名)	(既往歴)

(7) 特別な医療行為及び処方薬

(医療行為名・内容・頻度)	(処方薬)

(8) 特記事項 (在宅及び入所・入院先で生活継続困難な理由) ＊住居環境、経済状況、介護者の身体的・精神的状況なども含む。

※入所申込受付には、入所申込書・入所申込意見書・介護保険被保険者証(写)が必要となります。