

## 指定介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)入所申込書

申込日	令和	年	月	日
受付日	令和	年	月	日

- 申し込みは事前に施設に連絡した上で、施設を訪問する、もしくは郵送により行って下さい。
- ケアマネジャーと契約している場合は、必ず相談した上で、お申し込み下さい。
- 申込後、本人及び介護者の状況に変動があった場合(要介護度が変わった、認知症の症状の程度が重くなった等)は、必ず申込みをした全ての施設へ連絡をお願いいたします。

※ この申込書に記入された内容については、特養入所待機者管理及び入所判定以外の目的には使用いたしません。

申込者	氏名		自宅	( )
	住所 〒 -		携帯	( )
			会社	( )

※施設からの郵便物は上記連絡先に送付いたしますので、施設からの連絡を受けることができる方を申込者としてください。  
 ※電話番号は日中連絡が取れる番号をご記入ください。

入所希望者の状況	フリガナ		性別	
	入所希望者氏名		男・女	
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 ( )歳	介護保険被保険者番号	. . . . .
			要介護	1・2・3・4・5
			要介護認定期間	平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日まで
※要介護度1・2の方については、以下該当するものを必ず回答してください。 <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。				
	入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 令和 年 月頃までに入所したい <input type="checkbox"/> その他( )		
	経済状況	<input type="checkbox"/> 年金(国民・厚生・共済・他) 【月額】 円 ※2ヶ月に1度支給される額の半額 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 仕送り <input type="checkbox"/> その他収入 ( ) 【月額】 円		
	負担限度額認定証	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (未申請・却下)		
入所希望者の居所	<input type="checkbox"/> 自宅    〒 -			
	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設		【病院名・施設名】	
	<input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院		【所在地(市区町村)】	
	<input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> ケアハウス		【入院・入所時期】 平成・令和 年 月	
	<input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅 <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム		【退院・退所予定時期】 令和 年 月	
	<input type="checkbox"/> その他( )		【退院・退所後の居所】	

介護者の状況	主たる介護者	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> 主な介護者が、要介護3～5で、他に介護者がいない <input type="checkbox"/> 主な介護者が、入院又は施設入所により3か月以上不在で、他に介護者がいない <input type="checkbox"/> いない							
	主たる介護者の状況	<input type="checkbox"/> 「障害」「重症の病気(がんや難病等)」「認知症」等により十分な介護が困難である <input type="checkbox"/> 要介護1～5の者、障害者手帳所持者又は重症の病人等を2名以上(入所希望者を含む)介護又は看護している → <input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 半日 <input type="checkbox"/> 臨時 <input type="checkbox"/> 生計中心者として就労している 【就労時間                      時間/週】 <input type="checkbox"/> 未就学児の育児をしている → <input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 半日 <input type="checkbox"/> 臨時 <input type="checkbox"/> 病気(上記項目の「重症の病気」以外)やケガ等の療養中である <input type="checkbox"/> 就学している <input type="checkbox"/> 主たる介護者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護が困難である <input type="checkbox"/> 住宅改修が困難であるなど、居住環境の事情により十分な介護が困難である <input type="checkbox"/> 病院や他施設等から退院・退所を求められているが、在宅での介護が困難である							
	主たる介護者の介護負担	<input type="checkbox"/> 重い <input type="checkbox"/> やや重い <input type="checkbox"/> 軽い <input type="checkbox"/> 負担なし 【具体的な状況】							
	主たる介護者以外の者の介護	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有                      【頻度】                      時間/週 【具体的な状況】							
	その他意見	【介護をしている上で困っていること(経済状況、家庭状況含む)、入所を希望する理由等】							
家族等の状況	家族・近隣者等	主たる介護者	氏名	続柄	同居・別居	年齢	職業	住所(市区町村)	入居希望者居所までの所要時間
		<input type="checkbox"/>			同・別				1時間以上・1時間未満
		<input type="checkbox"/>			同・別				1時間以上・1時間未満
		<input type="checkbox"/>			同・別				1時間以上・1時間未満
		<input type="checkbox"/>			同・別				1時間以上・1時間未満
		<input type="checkbox"/>			同・別				1時間以上・1時間未満
その他	他施設の申込状況	<input type="checkbox"/> 当施設のみ申込み <input type="checkbox"/> 他の施設も申込んでいる、または今後他の施設も申込み予定 【申込み済の施設数】                      件 (施設名:                      ) 【申込み予定の施設数】                      件 (施設名:                      )							
	部屋の希望	<input type="checkbox"/> 多床室 <input type="checkbox"/> 個室(従来型) <input type="checkbox"/> 個室(ユニット型) <input type="checkbox"/> どちらでもよい							

- 本入所申込書・状況申立書の内容を松戸市へ提供することに同意します。
- 本入所申込書・状況申立書の調査に関し、関係病院、担当ケアマネジャーに確認することに同意します。

入所希望者氏名 \_\_\_\_\_ 印

申込者氏名 \_\_\_\_\_ 印

状況申立書

- 入所希望者の状況に該当するものにチェックをして下さい。
- ケアマネジャーと契約している場合は相談し、記入を依頼して下さい。

身体状況	障害高齢者の日常生活自立度	□J1 □J2 □A1 □A2 □B1 □B2 □C1 □C2		
	歩行	□自立 □杖や歩行器・手すり等があれば歩行可 □一部介助 □歩行不可 【特記事項】		
	移乗	□自立 □見守り必要 □一部介助 □全介助 【特記事項】		
	排泄	□自立 □見守り必要 □一部介助 □ポータブル使用 □おむつ使用 □全介助 【特記事項】		
	食事	□自立 □見守り必要 □一部介助 □全介助 【特記事項】		
	入浴	□自立 □見守り必要 □一部介助 □清拭のみ □全介助 【特記事項】		
	視力	□普通 □弱視 □全盲	聴力	□普通 □やや難聴 □難聴
	嚥下(えんげ)	□自立 □見守り必要 □不可	睡眠	□良 □不良(服薬 なし・あり)
	麻痺	□なし □あり(部位: )	褥瘡(じょくそう)	□なし □あり(部位: )
コミュニケーション	発語	□話ができる □聞き取りにくい □何を言っているか分からない □話せない		
	意思決定	□できる □特別な状況を除いてできる □日常的に困難 □できない		
	理解	□できる □特別な状況を除いてできる □日常的に困難 □できない		
認知症及・精神状態・問題行動	認知症高齢者の日常生活自立度	□自立 □I □IIa □IIb □IIIa □IIIb □IV □M		
	精神状態	□幻覚 □妄想(被害・嫉妬・物盗) □せん妄 □睡眠障害 □心気症状 □不安 □焦燥 □抑うつ □興奮 【特記事項】		
	問題行動	□やたらに物を口に入れる □物を拾い集める □徘徊 □昼夜逆転 □繰り返し行為 □失禁 □大声・奇声をあげる □火の扱い(消し忘れ等) □自傷行為 □介護拒否 □不潔行為 □性的異常行為 □攻撃的行為 □不穏(暴言・暴行・破壊) 【特記事項】		
サービス	利用サービス	□訪問介護 □訪問看護 □訪問入浴 □訪問リハビリテーション □通所介護 □通所リハビリテーション □短期入所生活介護 □短期入所療養介護 □福祉用具貸与 □地域密着型サービス(サービスの名称: )		
	利用実績	【直近2ヶ月の利用額】 ____月 ____円・ ____月 ____円		
医療の状況	現在治療中の病気・ケガ			
	現在の治療			
	現在の服薬			
	既往症 ※感染症を含む ※治療期間・病名・医療機関を明記して下さい			
	かかりつけ医	【病院名】	【担当医】	
ケアマネジャー	医療器具の使用	□経管栄養(胃ろう・経鼻) □在宅酸素 □インシュリン注射 □点滴 □喀痰吸引 □その他( ) 【特記事項】		
	事業所名		担当ケアマネジャー	
	電話番号			
	特記事項			