

入所希望者の状況			
(フリガナ) 氏名	保険者		
	被保険者番号		
生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)	性別	男・女
現住所	〒 _____ TEL _____		
要介護度	介護度 1・介護度 2・介護度 3・介護度 4・介護度 5 (認定有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日)		
現在の介護	<input type="checkbox"/> 自宅で1人で暮らしている。 <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている。 <input type="checkbox"/> 入院(所)中 (<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> その他) ※病院名または施設名: _____ ※入院(所)時期 _____ 年 _____ 月 ~ _____ <input type="checkbox"/> その他 (_____)		
入所を希望する理由	<input type="checkbox"/> 独り暮らしで、日常生活に支障が生じている。 <input type="checkbox"/> 介護者(家族等)が、高齢・疾病・障害等のため介護が難しい。 <input type="checkbox"/> 介護者(家族等)が、就労・育児等のため介護が難しい。 <input type="checkbox"/> 他にも介護をしなければならない家族がいる。 <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により、在宅での介護が困難である。 <input type="checkbox"/> 病院や他の施設から退所を求められている。 <input type="checkbox"/> 介護保険の在宅サービス利用限度を超えるなど、費用負担が困難である。 <input type="checkbox"/> その他 (介護で困っていることがありましたら、お書き下さい) <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 10px;"></div>		
「要介護1又は2」特列入所者用 要介護1または2の方については、以下の該当するものにレ印をつけてください。 <input type="checkbox"/> 認知症であり、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"/> 知的障害、精神障害等であり、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"/> 療育・障害者手帳あり <input type="checkbox"/> 療育・障害者手帳なし <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。 ※上記にあてはまる具体的な事由を記入してください。 <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 10px;"></div>			

医療の状況 *当てはまるものに、 ☑印を付けて下さい。	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 尿管カテーテル <input type="checkbox"/> 治療中及び既往歴など、その他特に注意すること
希望入所の時期	<input type="checkbox"/> すぐに入所したい <input type="checkbox"/> 特に希望はない
他施設への申込状況	<input type="checkbox"/> 申込なし <input type="checkbox"/> 申込(予定)あり

申 込 者 欄 < 家 族 等 >

フリガナ 氏名		本人と 続柄	
住 所 (郵便物の送付や施設からの連絡先) ※家族等の場合、入所契約の代理人となれる方をお願いします。 〒		家族構成	
TEL	-	-	

説明確認欄	入所申込に係る説明事項について確認しました。 年 月 日 署名
-------	--

申 込 代 理 者 欄 < 介 護 支 援 専 門 員 >

※本人又は家族等を代理して介護支援専門員が申込み場合は、当欄に記入・確認願います。

代理申込を行う 介護支援専門員	(フリガナ) 氏名	連絡先 電話番号	-
介護支援事業所名			

代理申込を行う介護支援専門員の意見

※本人又は家族等への連絡先を、上記申込代理者欄<家族等>に記入して下さい。

説明確認欄	入所申込に係る説明事項について確認の上、申込本人又は家族等にその旨を報告します。 年 月 日 代理申込 介護支援専門員署名
-------	---

※添付書類 被保険者証の(写)

入所申込時 質問事項

氏名		面接日	年	月	日	受付	
----	--	-----	---	---	---	----	--

現在に至る経緯

介護がいつ頃から始まったのか。また、その原因、理由	現在の在宅での介護の状況又は入院・入所に至った経緯	今後の見通し、又は病院や施設からの予定や行先
---------------------------	---------------------------	------------------------

1. 本人の状況 要介護度は

介護度	1	・	2	・	3	・	4	・	5
-----	---	---	---	---	---	---	---	---	---

・ 認知症の症状 日常生活自立度

<p>① 年相応（認知症を有している）が自立できている。</p> <p>② 生活に支障があるが、誰かが注意していれば自立できる。 道に迷う、金銭管理が難しい、薬の管理ができない、電話・留守番ができないなど、今までできていたことでミスが目立つ。</p> <p>③ 食事・排泄・入浴がうまくできない。徘徊、失禁、大声、奇声、物の収集、不潔行為、性的異常行動などが見られる。</p> <p>④ 意思疎通が困難で常に介助を必要とする。 妄想、興奮、自傷・他害等の精神的症状や問題行動が継続してみられ、専門医療を必要とする。</p>

2. 介護者・家族の状況

ア. 介護者が障害、病気、高齢の状況にある。

<p>① 介護困難（A D L全般の援助が困難）</p> <p>② 多少は介護可能（排泄や入浴の援助できる）</p> <p>③ 介護可能</p> <p>④ 問題なし</p>
--

イ. 介護者が本人以外に誰かの介護・看護をしている。

- | |
|---|
| ①常時の介護又は看護をしている。
②半日 介護又は看護をしている。
③随時 介護又は看護をしている。
④他に介護や看護をしていない。 |
|---|

ウ. 介護者の就労状況

- | |
|--|
| ①フルタイム勤務8時間以上（・高齢で就労困難・介護のため休職中）
②4～8時間従事
③4時間未満従事
④就労していない（介護のための時間を有する） |
|--|

エ. 介護者が育児・子育てをしている。

- | |
|--|
| ①未就学児 ②小中学生 ③高校生 ④していない |
|--|

オ. 介護者以外で介護の手伝いをする者

- | |
|--|
| ①いない又は介護困難 ②多少介護補助可能
（週1～3日程度） ③常時介護可能
（週4日以上） |
|--|

3. 在宅介護の状況

ア. 在宅サービスの利用状況（ヘルパー・デイサービス・ショートステイ・福祉用具貸与）

サービス内容：	週	回	又は、月	回
福祉用具貸与：				

イ. 在宅における介護期間

いつ頃から介護されているか

年	月	日から
---	---	-----

ウ. 介護の継続性（勘案事項）

- ・在宅サービスの利用による在宅生活（介護者の介護負担も考慮）
- ・入院（入所）中の施設の利用

- | |
|-----------------------------|
| ①介護困難 ②やや困難 ③介護可能 |
|-----------------------------|

4. 施設(当施設)における特記事項

① 住 所 地：
② 待機期間：
③ 本人年齢：