

(フリガナ)		保険者							
氏 名		保険者番号							
生年月日	明・大・昭	年	月	日	( 歳 )	性 別	男 ・ 女		
現住所	〒 _____ TEL _____								
<b>本人の状況</b>									
※当てはまるものに、レ印を付けて下さい。									
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 )								
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・病弱・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) [ _____ ]								
認知症の症状	<input type="checkbox"/> 認知症(ぼけ症状) あり ⇒ 以下の当てはまる項目に、レ印を付けて下さい。 <input type="checkbox"/> 認知症( " ) なし <hr/> <input type="checkbox"/> 自分で物をしまい無くしたり、誰かに物を盗られるような妄想がある。 <input type="checkbox"/> 金銭の勘定が出来なくなった <input type="checkbox"/> 自分の部屋や便所の場所が判らないなど、家のなかで迷う。 <input type="checkbox"/> 電話や留守番での受け答えが出来なくなった <input type="checkbox"/> 夜間眠らない <input type="checkbox"/> 鍋を焦がすなど、火の不始末がある。 <input type="checkbox"/> 家の外をさまよい歩く <input type="checkbox"/> 家族(介護者)への暴言や抵抗がある <input type="checkbox"/> 意味不明の言動がある <input type="checkbox"/> 奇声を上げる <input type="checkbox"/> 大便をいじる <input type="checkbox"/> 便所以外の場所で放尿する <input type="checkbox"/> ひんぱんに服を脱ぐ <input type="checkbox"/> 意思の疎通が困難 <input type="checkbox"/> 同じ事を何度も言う <input type="checkbox"/> 食べ物以外を食べる <input type="checkbox"/> その他の症状(以下にお書き下さい) [ _____ ]								
身体の状況	<日常生活> * 次のア～エのうち、ほぼ当てはまるものに、1つ ○印を付けて下さい。 ア 身の回りのことは大体自分で出来て、1人で隣近所へ外出できる イ 家の中では寝たり起きたり自力で過ごせるが、外出時には介助が必要。 ウ ベッド上で過ごすことが多いが、移動に車イスを使用できる。 (車イスで座る姿勢が保てる) エ 1日中ベッド上で過ごし、自分では身動き出来ず、全てに介助が必要。								

身体の状況	<医療の対応> *当てはまるものに、レ印を付けて下さい。 <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"/> 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"/> _____ 年 _____ 月 頃が良い <input type="checkbox"/> 特に希望はない
現在の介護	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院・老人保健施設 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
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 ⇒ 当施設も含めた入所希望施設 第1希望                      第2希望                      第3希望                      第4希望  _____

### 申 込 者 欄 < 家 族 等 >

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		
フリガナ氏名		本人と続柄	
<b>住 所</b> （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。 〒 _____  TEL      -              -		<b>家族構成</b>   	

### 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	
----	--	-----	-------	----	--

在 宅 ・ 施設入所 (該当に○をつける)	
入所中の方は場所を記入	

1. 本人の状況 要介護度は

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

・ 認知症の症状 入所申込書認知症の症状を参考にする。

非常に多い、 やや多い、 少しあり、 なし
-----------------------

2. 介護者・家族の状況

ア. 主たる介護者の歳はいくつですか 

歳
---

イ. 介護者の身体面について (障害や病気を配慮する)

①介護困難	②多少は介護可能	③介護可能
-------	----------	-------

ウ. 介護者の就労や育児など介護に対応できる度合

① 8時間以上 (介護の時間をもてない。仕事を辞めざるを得ない。)
② 4～8時間従事 (多少介護に時間を持つ。)
③ 4時間未満従事 (介護のための時間がある。)

エ. 介護者の負担 (心的介護疲れ)

①非常に重い	②やや重い	③軽い
--------	-------	-----

オ. 住環境について

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

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. 在宅介護の継続性 (病院・老健等入所中の場合は、当該施設を退所した場合の在宅介護の可能性・継続性)

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: