

## 入居申込書兼状況調査票

特別養護老人ホーム 創生園泉大沢  
 施設長 高橋 秀也 殿  
 次の通り施設入居を申し込みます

\* 介護保険証の写しを添付願います。

年 月 日

申請者 (連絡先)	(ふりがな)		(本人との関係)	明治・大正・昭和	
	氏名			年 月 日生 歳	
	住所	〒 _____		電話 ( )	( )

ご本人 について	(ふりがな)		性別	明治・大正・昭和		
	氏名		男・女	年 月 日生 歳		
	住所	〒 _____		電話 ( )	( )	
	要介護度	1・2・3・4・5・更新中・区分変更中				
	他特別養護老人ホームの申し込み状況	当施設の外 _____ 件 ( )				
	現在の生活状況	自宅で生活 ( 独居・老夫婦世帯・家族等と同居 ) ・ ショートステイ利用中 病院に入院中 ・ 介護老人保健施設入所中 ・ その他 ( )				
	入院・入所中の病院・施設名、又はかかりつけ病院名	病名 _____				
	現在の身体状況	起居動作	歩行 (可・不可) 立位 (可・不可) 座位 (可・不可)			
		移動	車椅子【自操・介助】・歩行器・その他 ( )			
		入浴	自立・一部介助・全介助 【機械浴槽・一般浴槽】			
食事		自立・一部介助・全介助 【制限食：有・無 加リ： kcal】				
更衣整容		自立・一部介助・全介助				
意思疎通		可・不可	認知症	症状： □記憶力の低下 □理解・判断力の低下 □徘徊 □見当意識(時間・場所・人)の障害 □昼夜逆転 □収集癖 □幻覚・妄想 □その他 ( )		
認知症高齢者の日常生活自立度		□自立 □I □IIa □IIb □IIIa □IIIb □IV □M				
経管栄養 ( 経鼻・胃ろう ) ・ 在宅酸素・インスリン・気管切開 ・ MRSA ・ B型/C型肝炎・肺結核・褥瘡 部位 ( ) ・ その他 ( )						

		氏名 (ふりがな)	年齢	続柄	仕事の有無	同居・別居	その他の事情
ご家族 について	介護をしている方について 同居・別居に関わらずお書き下さい				有(フルタイム・パート)・無	同・別	主介護者に◎
					有(フルタイム・パート)・無	同・別	
					有(フルタイム・パート)・無	同・別	
					有(フルタイム・パート)・無	同・別	

居宅介護支援事業所 (ケアマネジャー)	居宅介護支援事業者名	
	担当者氏名	電話番号 ( )

申し込み理由  当てはまるもの  すべてを選んで下さい	<input type="checkbox"/> 介護するものがないため (老々介護・仕事で不在・別居のため【市内・市外】) <input type="checkbox"/> 介護する者が「要介護状態」「障害」等の認定を受けており介護することが困難なため ( 介護認定：1・2・3・4・5 ) ( 障害： ) <input type="checkbox"/> 介護する者が「要支援状態」により認定をうけており介護することが困難なため ( 介護認定：要支援1・要支援2 ) <input type="checkbox"/> 介護する者の身体的・精神的負担が大きいため <input type="checkbox"/> 介護する者が複数の介護や育児を行っていて負担が大きいため <input type="checkbox"/> 介護する者が仕事をしながら介護することが困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者が遠く離れたところに住んでいるため <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護をすることが困難なため <input type="checkbox"/> 病院や施設から退院(退所)を求められているため <input type="checkbox"/> その他(介護上お困りのことや上記チェック項目について、 <u>できるだけ詳しく</u> ご記入ください)
---	--

※要介護1・2の方は、以下の特例入所の該当要件にチェックの上、理由も記入して下さい。

特例入所の該当要件	<input type="checkbox"/> 認知症であることにより、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が頻繁に見られ、在宅生活が困難な状態のため <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が頻繁に見られ、在宅生活が困難な状態のため <input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待が疑われる等により、心身の安全・安心の確保が困難な状態のため <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十分に認められないことにより、在宅生活が困難な状態のため (指定介護老人福祉施設以外での生活が著しく困難な理由)
-----------	--

ご本人の状況をより詳しく把握する為に、市町村から要介護認定にかかる認定調査票の情報を提供して頂いてもよろしいでしょうか。よろしければ下記に署名・押印をお願いします。

氏名 (本人) \_\_\_\_\_ 印

代筆者 \_\_\_\_\_ 印