

特別養護老人ホーム わらく入所申込書（変更届）
（介護老人福祉施設）

特別養護老人ホーム わらく
施設 長 様

この度、特別養護老人ホームわらくへの入所を希望しますので、下記のとおり申し込みいたします。
入所に際しては、貴施設の入所指針に添う事を承諾し、また、本入所申込書の内容の確認や介護状況等の情報把握のため、介護支援専門員や入所（院）中の施設等の関係者に問い合わせを行うことを了承します。

| | | | |
|---------------|------------|-----------------|------------------|
| 申込年月日 | 平成 年 月 日 | 受付年月日 (施設記入) | 平成 年 月 日 |
| フリガナ 利用者氏名 | 印 | 男 女 | 生年月日 |
| 現住所 | 〒 ー 電話 () | | |
| フリガナ 申請者氏名 | 印 | 続柄 | 連絡先 Tel 携帯 |
| 申請者住所 | 〒 ー | | |

| | | | | |
|--|---|--|---|---------|
| 介護保険 | 要介護 1 2 3 4 5 . 申請中 | 被保険者番号 | | |
| | 認定期間 平成 年 月 日 ~ | 平成 年 月 日 | | |
| 健康保険 | 種別 | 記号・番号 | | |
| 障害者手帳 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 手帳の種類 ・ 等級等 ・ 障害名 | | | |
| 収入状況 | 年金等の種類 | 金額 (年額) | 年金等の種類 | 金額 (年額) |
| | | 円 | | 円 |
| | | 円 | 合計 | 円 |
| 現在の居所 | <input type="checkbox"/> 自宅 | 施設・病院名 | | |
| | <input type="checkbox"/> 施設又は病院に入所(院)中 ⇒ | 期間 | 平成 年 月から入所(院)中 | |
| 世帯の状況 | <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯 <input type="checkbox"/> 子供と同居 <input type="checkbox"/> その他 () | | | |
| 主治医 | 医療機関名 | 医師名 | Tel () | |
| 居宅サービスの利用 | 居宅サービスの利用の有無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 以前に利用有り | | |
| | 居宅介護支援事業所名 | Tel () | 担当者 | |
| 家族の状況 (介護欄には主たる介護者に○、介護の協力者に△を付けてください。) | 氏名 | 続柄 | 年齢 | 職業 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| 他施設への 申込状況 | 他施設への申込 (予定を含む) | | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | |
| | 施設名 | 施設名 | | |
| | 施設名 | 施設名 | | |
| | 施設名 | 施設名 | | |

| | | | | | | | | |
|-----------|--|---|--------|-------|----|------|------|------|
| 健康状態 | 現在の疾病 | | | | | | | |
| | | 医療的処置 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> その他 () | | | | | | |
| | 既往症 | | | | | | | |
| 身体・日常生活状況 | 項目 | 該当するところに○を付けてください | | | 起居 | 自分で可 | 一部介助 | 全て介助 |
| | 視覚 | 見える | 見えにくい | 見えない | 歩行 | 自分で可 | 一部介助 | 全て介助 |
| | 聴覚 | 聞こえる | 聞こえにくい | 聞こえない | 食事 | 自分で可 | 一部介助 | 全て介助 |
| | 言語 | 普通 | やや不明瞭 | 不明瞭 | 排泄 | 自分で可 | 一部介助 | 全て介助 |
| | 意思の表示 | できる | 大体できる | できない | 入浴 | 自分で可 | 一部介助 | 全て介助 |
| | 話の了解 | できる | 大体できる | できない | 更衣 | 自分で可 | 一部介助 | 全て介助 |
| | | | | | 洗面 | 自分で可 | 一部介助 | 全て介助 |
| 認知症等 | 認知症の有無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | | | | | |
| | 行動障害 | ※該当するもの全てに☑してください。 | | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 暴言暴行 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 幻視幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> その他 () | | | | | | |
| 入所申込理由 | <input type="checkbox"/> 身寄りがないなど介護するものがない <input type="checkbox"/> 介護者が、高齢、障害、疾病等により、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護者が、生計維持のため就労しており、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護者が、複数の介護や育児を行っており、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 家族が遠方に居住しており十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 居住環境の事情で介護困難な状況にあり、かつ、住宅改修等改善が困難な状況にある <input type="checkbox"/> その他 () | | | | | | | |
| 特記事項 | ※当施設の入所判定委員会において、特に配慮して欲しいことがあればご記入ください。 | | | | | | | |

※ 入所申込書提出の際は、「介護保険被保険者証」、直近3ヶ月分の「サービス利用票及び別表」の写し（コピー）を添付してください。

※ 申込時と状況等が変わった場合には、速やかに変更届を提出してください。

※ □の欄は、該当するところに、☑を付けてください。

入所選考に関する意見書

(担当介護支援専門員がご記入をお願いします。)

| | |
|------------|----------|
| 記入日 | 平成 年 月 日 |
| 利用者氏名 | |
| 介護保険被保険者番号 | |
| 記入者名 | |
| 事業所名 | TEL () |

| 日常生活自立度 (認知症) | 正常 I II III IV M |
|---|--|
| 居宅サービス利用限度額 利用の割合 | 60%以上 |
| | 20～60%未満 |
| | 20%未満 |
| 介護者等の状況 | <input type="checkbox"/> 身寄りがないなど介護するものがない <input type="checkbox"/> 介護者が、高齢、障害、疾病等により、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護者が、生計維持のため就労しており、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護者が、複数の介護や育児を行っており、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 家族が遠方に居住しており十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 居住環境の事情で介護困難な状況にあり、かつ、住宅改修等改善が困難な状況にある <input type="checkbox"/> その他 () |
| 入所への意見 (緊急度や介護困難な状況等、ご意見をお聞かせ下さい。) | |

※入所・入院中等で担当介護支援専門員がおられない場合は、入所(院)先の関係職員の方に、ご記入をお願いします。