

様式1

受付日	年 月 日
受付番号	
受付者	

# 入所申込書

(フリガナ)		性別
氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
入所希望者との関係		
<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他( )		
住所	〒	
	昼間の連絡先: <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> その他( )	
	電話番号 ( )	

次のとおり、特別養護老人ホーム きはだの郷 への入所を申し込みます。

なお、入所の待機中に、貴施設以外の施設に入所が決定した場合、また、要介護度や連絡先、介護状況等について変更がありました場合は、速やかに貴施設に連絡致します。

## 入所申込者の状況

(フリガナ)		保 険 者	
氏名		被保険者番号	
性別	男・女	要介護度	1・2・3・4・5
生年月日	明・大・昭 年 月 日( )歳	要介護認定期間	平・令 年 月 日 から 平・令 年 月 日 まで
現住所	〒		
現況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人で暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 特養などの施設や病院に入っている <input type="checkbox"/> その他 ( ) 「施設や病院等に入っている方」は記入して下さい。 ◇施設名又は病院名: _____ ◇所在地(市町村のみ) _____ ◇入院・入所期間(平・令 年 ◇退院・退所予定日(平・令 年 月頃)		
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		
申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込む。 <input type="checkbox"/> 他の施設も申し込んでいる、又は今後他の施設も申し込む予定。 ◇既に申し込んでいる他の施設名 ( ) ( ) ( ) ◇今後申し込む予定の他の施設名 ( ) ( ) ( )		
申込理由	1、 2、 3、		
本人の意向	<input type="checkbox"/> 積極的に入所希望している <input type="checkbox"/> 入所に納得している <input type="checkbox"/> 認知症等により確認が困難 <input type="checkbox"/> 本人は入所を望んでいない		

## 主たる介護者の状況

主たる介護者の状況	(フリガナ)		性別		入所希望者との関係
	氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他( )	
	住所	〒		年齢	
	生年月日	電話 ( )		歳	
	介護度	□大正 □昭和 □平成 年 月 日			
	介護者の障害等の状況	□支1 □支2 □1 □2 □3			
	同意欄	障害者手帳 □1級 □2級 □3級 □4級 □5級 □6級 療育手帳 □A □B 精神福祉手帳 □1級 □2級 手帳に記載してある障害等名( )			
同意欄	介護保険サービスの円滑な運営を支援する為、京都府または市町村より要請のあった場合はこの入所申込書の内容を情報提供する事に同意します。 又、個室型の特養の為、入居後に生活保護申請を行い対象となった場合には、基本的に施設を利用できない事について了承します。 年 月 日 氏名 (印)				

世帯・介護者の状況(※住民票上ではなく、事実上の自宅での同居の状況)

↓ 次の項目を選択して下さい。

一人で生活している

- 介護者なし・事実上介護不可能
- 定期的な訪問可能な介護者がいる

どちらか選択

高齢者のみの世帯

- 主な介護者が事実上介護不可能 (入院等で不在)
- 介護者はいるが以下の状態がみられる
  - 問題あり
    - 介護者が高齢 ( ) 歳
    - 介護者が要介護・要支援状態
    - 介護者が病気療養中、障害を有する等
    - 介護生活が長く、介護ストレス等で関係が悪化している
    - 介護者が複数の介護をしている
    - 介護者が就業等により十分な介護ができない
  - 特に問題はない

当てはまるもの  
全て選択  
(複数選択可)

どちらか選択

家族と同居  
(※高齢者世帯以外)  
(※親等が子を介護する場合を含む)

- 主な介護者が事実上介護不可能 (入院等で不在)
- 介護者はいるが以下の状態がみられる
  - 問題あり
    - 介護者が病気療養中、障害を有する等
    - 介護者が育児もしくは家族の看病をしている
    - 介護生活が長く、介護ストレス等で関係が悪化している
    - 介護者が複数の介護をしている
    - 介護者が就業等により十分な介護ができない
  - 特に問題はない

当てはまるもの  
全て選択  
(複数選択可)

どちらか選択

特記(主介護者が介護困難な理由について)

近隣家族の有無

近隣に家族はいない。

近隣に家族がいる。

敷地内、隣、道路向いに家族がいる。 ※「家族」:2親等 ※「近隣」:概ね車で30分以内

同居家族及び近隣家族の状況	氏名	住所	続柄	年齢	同居・別居	要介護	障害	複数介護
						<input type="checkbox"/> 同居・ <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/> 同居・ <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/> 同居・ <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/> 同居・ <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/> 同居・ <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

※「要介護」:要介護1以上 ※「障害」:身障手帳3級以上、療育手帳A、精神福祉手帳1級 ※「複数介護」:複数人の家族を介護、看護、又は未就学児の育児中。

入所選考に関わる調査票(担当介護支援専門員が記入)

様式3

※入院中等で担当の介護支援専門員が居られない場合は、病院の相談員等にご相談下さい。

入所申込者の身体的状況等

障害高齢者の自立度	自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2 ※直近の認定調査における「認定調査票」を参照し、ご記入下さい。
身体状況及び 主な介護内容	移動 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他( )
	補助具等 <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 手引き <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 手押し車 <input type="checkbox"/> 車椅子
	食事 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他( )
	排泄 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他( )
	入浴 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他( )
	着脱衣 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他( )
	視覚 <input type="checkbox"/> 見える <input type="checkbox"/> 見えにくい <input type="checkbox"/> 見えない <input type="checkbox"/> その他( )
	聴覚 <input type="checkbox"/> 聞こえる <input type="checkbox"/> 聞こえにくい <input type="checkbox"/> 聞こえない <input type="checkbox"/> その他( )
	意思伝達 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> その他( )
	介護上での身体的機能に係る問題点
認知症高齢者の日常生活自立度	正常 ・ I ・ II ・ III ・ IV ・ M ※直近の認定調査における「認定調査票」を参照し、ご記入下さい。可能であれば本人に了承を頂き、調査票のコピーを添付して下さい。
認知症における顕著な行動障害等	<input type="checkbox"/> 自傷行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 常時徘徊 <input type="checkbox"/> 外出すると戻れない <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護に抵抗 <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 異食行為 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> その他
認知症に関する特記	
医療の状況	<input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置 <input type="checkbox"/> 疼痛の看護 <input type="checkbox"/> インシュリン ( <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夜 ) <input type="checkbox"/> 胃ろう又は腸ろう <input type="checkbox"/> 皮膚疾患 <input type="checkbox"/> 褥瘡 < その他 >
既往歴	結核の既往( <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ) 精神疾患の既往( <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ) 骨折の既往( <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 )
入院の有無 発生年月	※入院していた場合はその時期もご記入下さい《入院●年●月～▲年▲月》
現病歴	
入院の有無 発生年月	※入院していた場合はその時期もご記入下さい《入院●年●月～▲年▲月》
内服薬	
特記事項	

入所選考に関わる調査票(担当介護支援専門員が記入)

様式4

現在利用中の 居宅 サービス内容	<input type="checkbox"/> 訪問介護(週 回) <input type="checkbox"/> 訪問入浴(週 回) <input type="checkbox"/> 訪問看護(週 回) <input type="checkbox"/> 訪問リハ(週 回) <input type="checkbox"/> 通所介護(週 回) <input type="checkbox"/> 通所リハ(週 回) <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護(月 日) <input type="checkbox"/> 短期入所療養(月 日) <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 老健施設入所中( 年 月入所) <input type="checkbox"/> 一般病院入院中(退院予定日 / ) <input type="checkbox"/> 療養型病院に入院中( 年 月入所) <input type="checkbox"/> その他				
	申込月の利用単位数(在宅の方)	<table border="1"> <tr> <th>利用単位数</th> <th>限度額</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	利用単位数	限度額	
利用単位数	限度額				

点

住居等の状況

在宅介護をする上での問題	<input type="checkbox"/> 居住環境が通常の生活や介護上著しい問題がある。 ( )
病院・老健等施設入居の場合	<input type="checkbox"/> 入居施設等から退院・退所を迫られている。 <input type="checkbox"/> その他 ( )

経済的な状況

経済的な事情	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( ) <input type="checkbox"/> 生活保護受給者		
※本人の年金の種類と年額	種類	年額	
施設利用料の支払い予定者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 子 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )		

※記入可能な場合は記入下さい。

減免等の状況

介護保険負担限度額認定対象者	<input type="checkbox"/> 1段階	<input type="checkbox"/> 2段階	<input type="checkbox"/> 3段階 ①	<input type="checkbox"/> 3段階 ②
食費負担限度	300円	390円	650円	1360円
社会福祉法人等減免	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	内容	

障害等の状況

介護者の障害等の状況	障害者手帳 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級 <input type="checkbox"/> 5級 <input type="checkbox"/> 6級
	療育手帳 <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B
	精神福祉手帳 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級
	手帳に記載してある障害等名( )

その他 (介護支援専門員としての意見)

--

※別添用紙を付けて頂いても構いません。

記入者

担当介護支援専門員氏名	
事業所名称	
連絡先電話番号	

※入院中等で担当の介護支援専門員が居られない場合は、病院の相談員等にご相談下さい。