特別養護老人ホーム　みどりの丘　入所申込書

入所を希望される方	フリガナ		保険者名	
	氏名		被保険者番号	
	生年月日	明・大・昭　年　月　日（　）歳	性別（男・女）	
	現住所	（郵便番号　－　）　電話番号（　－　－　）		
	認定状況	□要介護認定を受けている ＜申込日現在の介護度＞　要介護（１・２・３・４・５） ＜認定有効期間＞　平成　年　月　日から平成　年　月　日まで		
		□区分変更申請中（平成　年　月　日申請）	□更新申請中（平成　年　月　日申請）	
		介護保険負担割合	□1 割負担　□2 割負担	
		□要介護認定を受けていない		
		□認定申請中（平成　年　月　日申請）		
	世帯状況	□同居家族がいない（一人暮らし）　□同居家族がいる		

入所を希望する理由 （該当するものはすべて選んでください。）	□介護する者がいないため。 □介護する者が「高齢」，「障害」，「疾病」等により十分な介護が困難なため。 □介護者が就労していることから，十分な介護が困難なため。 □居住環境の事情により，十分な介護が困難なため。 □施設や病院等から退所等を求められているが，受け入れが困難なため。 □その他（　）

特別養護老人ホーム　みどりの丘　施設長　殿

貴施設に入所を希望するため，申し込みます。

貴施設が入所判定に使用する目的で，居宅介護支援事業者，市町村，地域包括支援センター，病院，施設等から情報提供を受けることに同意します。また，市町村が居宅介護支援事業者等に，入所申込者の状況等を確認することに同意します。

平成　年　月　日

（申込者）　住　所

氏　名　　印　（続柄）

提出者（連絡先）

氏名：	続柄：	電話番号：
〒：　－ 住所：		

◎介護者・家族等の状況

※　入所申込みに対する家族の同意等は備考欄に記入してください。

	続柄	氏　名	年齢	入所申込者と	住　所	電　話	備　考
家族構成				同居・別居			
				同居・別居			
				同居・別居			
				同居・別居			
				同居・別居			

主たる介護者	フリガナ		年　齢	本人との関係	備　考
	氏　名				
	健康状態	□疾病（〈具体的に〉　　） □健康			
	介護の状況	□介護する者が要介護状態のため，介護困難な状態である □仕事や入所申込者以外の人の看病等があり，介護困難な状態である （〈具体的に〉　　） □多少介護は可能であるが，常時の介護は困難な状態である （〈具体的に〉　　） □介護可能な状態である			
	介護の場所	□自宅　□病院又は介護老人保健施設　□その他の施設に入所中			
	介　護　歴	年　　月頃から介護している　（期間：約　　年）			
	介護協力者	□なし □随時あり（氏名　　続柄　　） □常時あり（氏名　　続柄　　）			
	意　見	［食事や排せつのこと，その他介護をしている上で困っていることなど］			

※太ワクの中をすべて記入してください（不明な点は，施設にご相談ください）

※□欄は，該当するものに×を記入してください

◎入所申込者の状況　　申込者名

入所申込者の状況	サービス等の利用状況	□他の施設や医療機関に入っている ・施設名又は医療機関名：　（　　市・町・村） ・入所又は入院時期：平成　　年　　月から入所（入院）している。 ・施設や医療機関から退所（退院）を求められているか。（ いる ・ いない ）
		□以前，指定介護老人福祉施設に入所していたが，医療機関に入院するため退所した ・入所していた施設名：　（　　市・町・村） ・退所した時期：平成　　年　　月　退所
		□在宅で介護保険の居宅サービス（訪問・通所系サービス及び短期入所）を受けている □訪問介護（□ 毎日 □週４～６日 □週３日以下）　□訪問入浴介護（□週３回以上 □週２回以下） □訪問看護（□毎日 □週４～６日 □週３日以下）　□訪問ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ（□毎日 □週４～６日 □週３日以下） □通所介護（□毎日 □週４～６日 □週３日以下）　□通所ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ（□毎日 □週４～６日 □週３日以下） □短期入所生活介護（最近３か月の利用日数　　日）　□短期入所療養介護（最近３か月の利用日数　　日） □小規模多機能型居宅介護　□その他（　　） ※居宅サービス等が充分に受けられない理由など特にありましたらお書きください。 （　　）
	住宅の状況	□他施設又は医療機関に入所・入院中であるが，退所後，行き場がない （理由）
		□段差・手すり・浴室・トイレ・居室の広さなどが介護に適さず，住宅改修も困難である （理由）
	認知症などの状況	□認知症などによる症状（頻繁にみられるもの）がある　□認知症などによる症状はない □ 徘徊（室内を含む）　□ 暴言や暴力がある　□ 不潔行為（排泄物をいじるなど） □ 妄想（物を盗られたなど）　□ 介護拒否（入浴，着替えなど）　□ 幻覚（現実にないものが見える） □ 不穏（いらいらしている）　□ 抑うつ状態（ふさぎこんでいる）　□ 異食（食べ物以外を口にする） □ 昼夜の逆転がある　□ 大声や奇声を出す　□ 物を集める，無断で持ってくる □ その他（　　）
入所申込者が要介護1・2の場合	特例入所の申立	居宅で日常生活を営むことが困難なことについてやむを得ない事由は，次のとおりです。 □認知症である者であって，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る。 □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等が頻繁に見られる。 □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・安心の確保が困難である。 □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。 ※具体的状況（　　）

担当介護支援専門員記入欄			
	担当介護支援専門員氏名	事業所名	連絡先電話番号
	認知症高齢者の日常生活自立度	Ⅰ・Ⅱａ・Ⅱｂ・Ⅲａ・Ⅲｂ・Ⅳ・Ｍ	
	障害高齢者の日常生活自立度	Ｊ１・Ｊ２・Ａ１・Ａ２・Ｂ１・Ｂ２・Ｃ１・Ｃ２	
	在宅サービス利用率	％（直近３ヶ月の平均）	
	【医療の状況】 □ 経管栄養　□ 胃瘻　□ 在宅酸素　□ インシュリン注射 □ その他（　　） ＜現在療養中の病気・主治医・特記事項等＞		
	意見等（特例入所の要件（※　要介護１・２の場合のみ）に該当するか，入所の必要性，緊急性などの意見を記入してください。） ※要介護１・２の方の「特例入所」の要件 ①認知症である者であって，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る。 ②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等が頻繁に見られる。 ③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・安心の確保が困難である。 ④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。		

施設記入欄		
	入所申込書受付日	平成　年　月　日
	入所決定日	平成　年　月　日