

指定介護老人福祉施設入所申込書

ふりがな			入所申込者ご本人との関係	配偶者 子（同居・別居）			
申請書ご記入の方のお名前				その他（ ）			
ふりがな			性別	男・女	生年月日	明大昭	年 月 日 満 歳
入所申込者ご本人のお名前							
被保険者番号							
住所	〒			この申込書についての問い合わせ先	自宅	自宅以外（ ）	
				電話			
要介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5		
同居の方について	<input type="checkbox"/> ひとり暮らし <input type="checkbox"/> ご夫婦のみ（相手の方の年齢 歳） <input type="checkbox"/> ご夫婦以外に同居者がいる						
主に介護している方について	介護する方は <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない 主に介護される方は <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病弱 <input type="checkbox"/> 病気で治療中 <input type="checkbox"/> 障害がある 主に介護される方は <input type="checkbox"/> 働いている <input type="checkbox"/> 働いていない						
介護を手伝う方について	介護を手伝う方は <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない 手伝う方がいる場合その方は <input type="checkbox"/> 親戚 <input type="checkbox"/> 近所の方 <input type="checkbox"/> その以外の方（ ）						
お住まいについて	今のお住まいは <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅以外 自宅以外にお住まいの方は、戻る自宅が <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 立ち退きを求められている <input type="checkbox"/> 家屋の老朽化が著しい						
介護する上で住宅の問題について	<input type="checkbox"/> エレベーターのない集合住宅の2階以上に住んでいる <input type="checkbox"/> 自分の部屋がない <input type="checkbox"/> 自分の部屋とは別の階にトイレや風呂がある <input type="checkbox"/> 立ち退きを求められている <input type="checkbox"/> 家屋の老朽化が著しい						
その他あてはまるもの	<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 大声や奇声 <input type="checkbox"/> その他の行為（具体的に ） <input type="checkbox"/> 医療器具を使っている（具体的に ） <input type="checkbox"/> 病気がある（具体的な病名 ）						

現在受けている介護や治療のようすについて

ご自宅以外での介護や治療（居宅にいらっしゃる方は未記入）	現在いらっしゃるの、 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム <input type="checkbox"/> ケアハウス <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 施設の名前 <input type="checkbox"/> 入所・入院開始日 年 月 日～
ケアプランなどについて	ケアプランは、 <input type="checkbox"/> 作っている <input type="checkbox"/> 作っていない 相談できる介護支援専門員（ケアマネージャー）は、 <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない 介護支援専門員の氏名 事務所名 電話
在宅サービスについて	在宅サービスは、 <input type="checkbox"/> 使っている <input type="checkbox"/> 使っていない 今後の利用は、今のままでよい <input type="checkbox"/> もっと増やしたい <input type="checkbox"/> サービスや使い方を改善したい [具体的な内容]

私は、貴施設の入所に関する方法や手続きについて説明を受けました。この申込書にある内容を保険者・地域包括支援センター・指定するケアマネージャーへ提供することに同意します

特別養護老人ホームファミリーマイホーム施設長 様

平成 年 月 日

氏名

印

介護老人福祉施設入所申込みに伴う意見書

ふりがな		被保険者番号												
入所申込者 氏名														
ケアプランに ついて	在宅サービス利用率	% (支給限度額に対する利用割合)												
	利用しているサービス													
	サービス名	利用回数等												
		サービスに対するご本人またはご家族の希望など												
ご本人の状況	1 身体の状況について (麻痺や拘縮など、介護を要する身体状況)													
	2 認知症等について (介護や見守りを要する認知症の症状)													
	3 認知症等について (特に注意を要するものや、医療器具の使用など介護や看護を要する疾患など)													
その他留意すべきこと	(ご本人の嗜好や性格など介護をするうえで把握しておくべきこと)													

記入者氏名		職 種	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> その他 ( )
事業所区分	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター	<input type="checkbox"/> その他 ( )
事業所名		連絡先電話	

介護老人福祉施設入所申込書 別紙

(要介護1・2の方のみ)

対象者 氏名		生年月日	明・大・昭 年 月 日
住所	調布市 _____町 _____丁目 _____番地 _____ (方書き・部屋番号など)		

居宅において日常生活を営むことが困難なことについて、以下のやむを得ない事由がある場合は、該当するところに☑を入れ、具体的な状況をお書きください。

- 認知症があり、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みられる

( )

- 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みられる

- 愛の手帳あり( 度)  精神保健手帳( 級)

( )

- 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

- ・誰による  
・どんな虐待

( )

- 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

- 単身世帯  高齢者又は病弱な者との同居  
・同居者の年齢、病状等  
・サービス利用状況

( )

- 上記項目に該当なし

記入年月日	年 月 日	記入者氏名		続柄	
-------	-------	-------	--	----	--

別表1

入所希望者の評価基準

大項目	中項目	小項目	評点
本人の身体の状況	介護度 (認知症等に伴う問題行動の有無により評点1~2を加算)	介護度5	5
		介護度4	4
		介護度3	3
		特例入所に該当する要介護1・2	3
		認知症等に伴う問題行動による加算	1~2
介護者の状況 ※	介護者の有無 介護者の有無健康状態 介護を手伝う者も有無 介護者の就労の有無	①介護者いない。または、虐待が確認されている	5
		②病気や障害がある	4
		③病弱	2
		④就労している	2
		⑤手伝う人がいない	1
		⑥問題なし	1
住宅の状況	住宅居住の継続性 住宅の介護手旺盛	住宅がない・立退きを求められている	3
		住宅に介護上の問題がある	2
		住宅に介護上の問題がない	1

※ 具体的な組合せ例

具体的な小項目		評点
介護者がいない。または、虐待が確認されている	①	5
介護者に病気や障害があり、介護を手伝う人がいない	②+⑤	5
介護者に病気や障害がある	②	4
介護者が病弱で、介護を手伝う人がいない	③+⑤	3
介護者が就労しており、介護を手伝う人がいない	④+⑤	3
介護者が病弱である	③	2
介護者が就労している	④	2
介護者が病弱だが、介護を手伝う人がいる	③	2
介護者が就労しているが、介護を手伝う人がいる	④	2

優先入所の評価結果が同様な場合の取り扱い

優先入所に関する評価結果が同様な場合は、申請年月日が古いものを上位とする。また、申請の切り替え時にあっては、切り替え後の申請年月日ではなく、切り替え前の申請年月日の古いものを上位とする。