

# 特養入所申込書

特別養護老人ホーム  
施設長

様

## 入所希望者（申込者）

別府		保険者	
氏名		被保険者番号	
生年月日	明・大・昭 年 月 日	要介護度	1・2・3・4・5
性別	男・女	認定有効期間	平成 年 月 日 ~ 年 月 日
現住所	〒 電話番号 ( )		
給付制限			
認定審査 会意見			

注：介護保険証を転記して下さい。なお、コピーを添付した場合は記載不要です。

〔必要添付書類〕

調査票

認定調査票（基本調査）（写）

直近3ヵ月分のサービス利用票（写）及び別表（写）

申込代理者（申込者が本人でない場合は、下の欄にお書きください。）

氏名		入所希望者との続柄	
住所	〒 電話番号 ( )		

上記入所希望者について、介護保険法令に基づき要介護の認定を受けましたので、この入所申込書により入所を希望いたします。

なお、入所のための待機中に、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、介護の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いたします。

時期	早急・平成 年 月以降	申込予定：貴施設のみ・他にも申込むヶ所（予定）
希望事項 申込理由・入所を急ぐ理由	<input type="checkbox"/> 1	施設入所により安心した生活を送りたい
	<input type="checkbox"/> 2	寝たきりなどにより、食事、排泄、入浴等日常生活全般に介助が必要
	<input type="checkbox"/> 3	認知症などにより常時の見守り、介護が必要
	<input type="checkbox"/> 4	施設や病院等から退所を求められているが、自宅での生活が困難
	<input type="checkbox"/> 5	介護者がいない、介護者が入院等で介護できない
	<input type="checkbox"/> 6	介護者が、高齢、疾病、育児、就労、別居等のため、介護が困難
	<input type="checkbox"/> 7	利用したい在宅サービスが十分でない（夜間訪問介護など）
	<input type="checkbox"/> 8	介護保険の限度額を超える等、経済的負担が大きい
	<input type="checkbox"/> 9	住宅が介護に適さない（狭い、改修不可など）
	<input type="checkbox"/> 10	住宅環境が在宅サービス利用に適さない（立地・地形上など）
	<input type="checkbox"/> 11	その他の理由（具体的にお書き下さい）
同意書	入所希望者、介護者を円滑に支援するために、市町等にこの申込内容を情報提供すること及び同目的のために使用されることに同意します。	
	平成 年 月 日	氏名 印

## 事務処理欄

初回申込日：平成 年 月	今回受付日：平成 年 月 日	申込番号
受付者	受付方法：来所・郵送・	意思確認：平成 年 月 日

# 調 査 票

現 況	独居・高齢者所帯・家族同居 入院中(病院名 _____)・入所中(施設名 _____) ・継続中の入院又は入所の開始日: 年 月 日 ・申込日時の入所等の期間( 年 月)				
生活状況	移動	歩行・杖・歩行器・車椅子・ストレッチャー	介 助	自立・一部介助・全介助	
	食 事	主) 普通・かゆ・ミキサー (箸・スプーン)	介 助	自立・一部介助・全介助	
		副) 普通・一口大・きざみ・極きざみ・ミキサー			
	排 泄	トイレ・ポータブル・尿器・便器・おむつ	介 助	自立・一部介助・全介助	
	入 浴	介助浴・座浴・特浴	介 助	自立・一部介助・全介助	
送迎時の介助	車椅子・ストレッチャー		要 ・ 不要		
身体状況	視 力	普通・見えにくい・見えない	身 長	_____ cm	体 重 _____ kg
	聴 力	普通・聴こえにくい・聴こえない	精神状態	安定・不安定(幻覚・興奮・攻撃・他 _____)	
	発 語	普通・やや不自由・不自由	認知症	無・有( _____ )	
	理 解 力	普通・分かりにくい・分からない	問題行動	無・有(徘徊・不潔行為・他 _____)	
健康状況	現 疾 患			病 歴	
	主 治 医			TEL	
	医療の状況	経管栄養・胃ろう・カテーテル・人工肛門・インシュリン・在宅酸素・その他( _____ )			
	感 染 症	無・有( _____ )		アレルギー	無・有( _____ )
	皮 膚 刺 激	普通・弱い		麻 痺	無・有( _____ )
	便 秘	無・有(服薬: 無・有)		拘 縮	無・有( _____ )
	睡 眠	良・不良(服薬: 無・有)		褥 瘡	無・有( _____ )
	嚥下	異常なし・むせる・つめる		湿 疹	無・有( _____ )
入 歯	無・有(上・下)		口腔保清	要・不要( _____ )	
介護の状況	主たる介護者氏名	_____	年 齢 _____	才 性別 _____	男・女 続柄 _____
	就労状況等	就労中・共働き・育児・その他( _____ )			
	介護期間	_____ 年 _____ 月 頃から		その他の介護者 無・有 _____ 名 )	
	窓口相談	無・有(介護事業所・役所・在宅介護支援センター・その他( _____ ) 居宅介護支援事業所名 _____ ケアマネージャー名 _____ )			
住環境	区 分	持ち家・借家・高層住宅 _____ 階( エレベーター 有 ・ 無)			
	住宅改修	可・不可・改修済( _____ )			
	立地等	在宅サービス利用に問題点 無・有(送迎・訪問・その他 _____ )			
【介護上の悩み・困っていること】 ※別の用紙にお書き頂いても結構です。					