標準様式

入所申込書

平成　　年　　月　　日

（フリガナ） 氏　名	保険者 保険者番号			
生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日（　　歳）	性別	男・女	

本　人　の　状　況

※当てはまるものに、レ印を付けてください。

要介護度

☐ 自立　☐ 要支援　☐ 介護1　☐ 介護2　☐ 介護3　☐ 介護4　☐ 介護5
（認定有効期間　　年　　月　　日 ～　　年　　月　　日 ）

入所を希望する理由

☐ 独り暮らしで、日常生活に支障が生じている。
☐ 介護者（家族等）が、高齢・病弱・就労・育児等のため介護が難しい。
☐ 他にも介護しなければならない家族がいる。
☐ 居住環境の事情により、在宅での介護が困難である。
☐ 病院や他の施設から退所を求められている。
☐ 介護保険の在宅サービス利用限度を超えるなど、費用負担が困難である。
☐ その他（介護で困っていることがありましたら、お書き下さい）
〔　　〕

認知症状

☐ 認知症状　　あり ⇒ 以下の当てはまる事項に、レ印を付けてください。
☐ 認知症状　　なし

☐ 自分で物をしまい無くしたり、誰かに物を盗まれるような妄想がある。
☐ 金銭の勘定が出来なくなった。
☐ 自分の部屋や便所の場所が判らないなど、家のなかで迷う。
☐ 電話や留守番での受け答えが出来なくなった。
☐ 夜間眠らない。　☐ 鍋を焦がすなど、火の不始末がある。
☐ 家の外をさまよい歩く。　☐ 家族（介護者）への暴言や抵抗がある。
☐ 意味不明の言動がある。　☐ 奇声を上げる。
☐ 大便をいじる。　☐ 便所以外の場所で放尿する。
☐ ひんぱんに服を脱ぐ。　☐ 意志の疎通が困難である。
☐ 同じ事を何度も言う。　☐ 食べ物以外を食べる。
☐ その他の症状（以下にお書きください）
〔　　〕

身体の状況

＜日常生活＞
＊ 次のア～エのうち、ほぼ当てはまるものに、1つ〇印を付けてください。
ア 身の回りのことは大体自分で出来て、1人で隣近所へ外出できる。
イ 家の中では寝たり起きたり自力で過ごせるが、外出時には介助が必要。
ウ ベッドの上で過ごすことが多いが、移動に車イスを使用できる。
（車イスで座る姿勢が保てる）
エ 1日中ベッドの上で過ごし、自分では身動き出来ず、全てに介助は必要。
＊ 次の事項で、ほぼ当てはまるものを、〇印で囲んでください。
☐ 食　事　（常食・流動食・その他）　☐ 着替え　（自分で出来る・介助が必要）
☐ 排　泄　（自分で出来る・介助が必要・おむつ使用）
☐ 移　動　（自立歩行・介助が必要・車椅子）

身体の状況

＜医療の対応＞
＊ 当てはまるものに、レ印を付けてください。
☐ 経管栄養　☐ 人工肛門　☐ 胃ろう　☐ インシュリン注射　☐ 在宅酸素
☐ 尿管カテーテル　☐ その他、特に注意すること（持病・アレルギー等）
〔　　〕

経済状況

☆ 本人・・・収入源　☐ 年金（国民年金・厚生年金）　☐ その他（　　）
☆ 家族・・・職　業　☐ 会社員　☐ 公務員　☐ 自営業他（　　）
☆ 利用料等支払者・・・　☐ 本人　　☐ 家族等（　　）

希望入所

☐ すぐに入所したい　　年　　月頃が良い。
☐ 特に希望はない

現在の介護

☐ 自宅　☐ 病院（　　）　☐ 老人保健施設（　　）　☐ その他

他施設への申込状況

☐ 申込なし
☐ 申込（予定）あり ⇒ 当施設も含めた入所希望施設
第1希望　第2希望　第3希望　第4希望

申　込　者　欄　＜家族等＞

入所希望者 氏　名		住　所 〒　　TEL	
説　明 確認欄 （申込者）	入所申込に係る説明事項について確認しました。 平成　年　月　日　署　名		入所希望者との続柄 （　　）
住　所　（郵便物の送付や施設からの連絡先） 〒　　ー TEL　　ー　　ー			

※ 添付書類　被保険者証の写し

施設職員記入欄（受付担当者の意見等）

	〔家族図〕