

調査票

記入日	令和 年 月 日	記入者	氏名		入所申込者との関係	
			所属名			
			所属住所	〒		
			電話	() -		
入所申込者の状況	フリガナ			生年月日	明・大・昭 年 月 日	施設記入欄
	氏名					
	現住所	〒				
	医療状況	現在治療中の病名				
		主治医病院名・病院住所・担当医師名				
	在宅サービス利用率	() %	※申込日の属する月の前3月について、[利用単位合計÷支給限度額合計](小数以下四捨五入)により算出			
入所申込者の状況	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 全盲 眼鏡使用: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	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		
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや難聴 <input type="checkbox"/> 難聴 補聴器使用: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	排泄	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> Pトイレ <input type="checkbox"/> オムツ (自立・声がけ誘導・一部介助・全介助)		
	意思疎通	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> ときどき可 <input type="checkbox"/> ほとんど不可 <input type="checkbox"/> 不可	移動	<input type="checkbox"/> 歩行(自力・杖・歩行器) <input type="checkbox"/> 車椅子(自力・介助) <input type="checkbox"/> 不可		
	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	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
入所申込者の状況	整容	洗面: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 歯磨き: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 入れ歯: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	/			
	身体状態等	<input type="checkbox"/> 認知症 有〔認知症高齢者の日常生活自立度: ()〕 <input type="checkbox"/> 認知症の行動・心理症状(BPSD) 有 <input type="checkbox"/> 精神的障害 有 <input type="checkbox"/> 知的障害 有 ※上記項目に該当がある場合は、下欄に認知症や精神的障害に伴う行動や症状等を具体的に記載 () <input type="checkbox"/> 特になし				
入所申込者の状況	手帳の有無	身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(種 級/障害名: ())				
		療育手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(等級: ())				
		精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(等級: ())				

介 護 者 の 状 況	<input type="checkbox"/> 介護者が就業等で介護が困難	
	<input type="checkbox"/> 複数の要介護者がいるため介護が困難	
	<input type="checkbox"/> 介護者が要支援状態・高齢等で十分な介護が困難	
	<input type="checkbox"/> 介護者が要介護状態・障がい等を有するなど、十分な介護が困難	
	<input type="checkbox"/> 介護者が病気等により長期入院中で、介護が困難	
	<input type="checkbox"/> 身寄りや介護者が誰もいない	
※該当する状況にチェックしてください(複数回答可)		
介	在宅生活が困難な理由(次の該当する選択肢にチェックし、具体的内容を記載)	
護 支 援 専 門 員 等	<input type="checkbox"/> 本人の心身の状況 内容:)	
	<input type="checkbox"/> 経済的理由 内容:)	
	<input type="checkbox"/> 家族の介護負担 内容:)	
	<input type="checkbox"/> 住環境 内容:)	
	<input type="checkbox"/> その他 内容:)	
の 意 見	その他特記事項	

※各項目については、原則介護支援専門員、病院・施設の相談員等、入所申込者の状況を把握している者が記入すること。

書き方見本

提出日 令和 年 月 日

入所申込書(特別養護老人ホーム高竜園)

施設に入所したいので、次のとおり申し込みます。

同意欄	施設入所の円滑化に資するため、入所判定及び入所申込者の状況把握に必要な範囲に限り、当該施設が広島県・保険者市町・担当ケアマネジャー等に対し、入所申込書及び添付書類に記載の個人情報を提供し、また広島県・保険者市町・担当ケアマネジャー等が、当該施設に対して、入所判定に必要な個人情報を提供することに同意します。 令和 元年 5月20日 氏名 世羅 花子 ㊞
-----	--

申請者 (連絡先)	〒722-1121 住所	氏名	世羅 花子	
	広島県世羅郡世羅町大字西上原426-11	電話	0847 (22) 3478	
		携帯	090 (1234) 5678	
		入所申込者との関係	長女	

入所申込者の状況	フリカ`ナ	セラ タロウ	性別	保険者	世羅町									
	氏名	世羅 太郎 ㊞	男・女	被保険者番号	0	0	0	0	1	2	3	4	5	6
	生年月日	明・大・昭14年 1月 1日		要介護状態区分	要介護(1・2・3・4・5) 認知症自立度(I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M)									
	現住所	〒722-1121 広島県世羅郡世羅町西上原426-11		要介護認定有効期間	平成30年 8月 1日から 令和 2年 7月31日まで									
	状況	<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 checked="" type="checkbox"/> 老健などの施設や病院に入っている(入所、入院中の方は下記項目にご記入ください) ※施設名または病院名: 介護老人保健施設 ○○苑 ※所在地: 広島県世羅郡世羅町大字○○ ※入所又は入院時期: 令和 元年 5月頃から												
	住環境	<input type="checkbox"/> 車いすを使用しているが、住居の廊下等の構造が適していないため、介護が困難 <input checked="" type="checkbox"/> 住居の便所、浴室、階段等の形態や構造が適していないため、介護が困難 <input type="checkbox"/> その他()												
	特例入所の理由	【要介護1又は2の入所申込者のみ記入】 ※施設以外での生活が著しく困難な理由を記載(認知症・知的障害・精神障害等、単身世帯・同居家族が高齢等により、施設以外では生活が困難な状態であることがわかるように)												
	入所希望時期	<input checked="" type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 将来的に入所を希望したい												
	医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養(IVH) <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> じょく瘡(床ずれ) <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> パルーンカテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工膀胱 <input type="checkbox"/> その他()												
	特養申請状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申請 <input checked="" type="checkbox"/> 他の施設にも申請している(申請している施設名: △△園 □□園)												
主介護者	フリカ`ナ	セラ ハナコ	性別	入所申込者との関係	長女									
	氏名	世羅 花子	男・女	生年月日	明・大・昭・平 25年 2月 1日									
	同居有無	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(□同一市内 □県内市外 □県外) <input type="checkbox"/> その他()												
その他の介護者	氏名	世羅 一郎	年齢	65	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(□同一市内 □県内市外 □県外)		入所申込者との関係	長女の夫						
	氏名	世羅 大地	年齢	35	<input type="checkbox"/> 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居(☑同一市内 □県内市外 □県外)		入所申込者との関係	孫						
	氏名		年齢		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(□同一市内 □県内市外 □県外)		入所申込者との関係							
	氏名		年齢		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(□同一市内 □県内市外 □県外)		入所申込者との関係							
	氏名		年齢		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(□同一市内 □県内市外 □県外)		入所申込者との関係							
	氏名		年齢		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(□同一市内 □県内市外 □県外)		入所申込者との関係							

入所の 必要 性	【自由記述】 〔※本人の在宅生活が困難な理由（本人の状況や、家族等による介護が困難な状況等を具体的に記載）〕 出来るだけ詳しく記入して下さい。	
	備考	担当ケア マネジャー
	<input checked="" type="checkbox"/> いる	※事業所名（ ○□△居宅介護事業所 ） 名前（ 甲山 姫子 ）
	<input type="checkbox"/> いない	

【施設記入欄】 受付者:

お願い

・申込に必要な書類は ①～③は必須

①当申込書 ②調査票(別紙様式2) ③介護保険証の写し(持参も可)

④直近3カ月のサービス利用表及び別表（在宅介護を受けられている方は必須）

⑤介護支援専門員等の意見書(別紙様式3)

※④はサービス利用実績のある方のみ ⑤は任意提出

入所申込者の要介護度や転居による住所変更など、本入所申込書に記載した事項等に変更があった場合、死亡された場合、あるいは他の特別養護老人ホーム等に入所された場合は、必ず当施設に連絡してください。

連絡がいただけない場合は、入所決定を行えないことがあります。