

申込者(連絡先) 今後、郵便物などはこの連絡先にお送りさせていただきます。

申込日	令和	年	月	日
受付日	令和	年	月	日

〒	:
住所	:
氏名	:
電話	:

特別養護老人ホームに入所したいので、次のとおり申し込みます。

申し込み先 (入所希望施設)		特別養護老人ホーム愛生苑		保 険 者		市区町村										
入所希望者の状況	(フリガナ)			性別	介護保険 被保険者番号											
	氏 名			男・女	要 介 護 度		1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5									
	生 年 月 日	大・昭 年 月 日()歳		要介護 認定期間		年 月 日 から 年 月 日 まで										
	現 住 所	〒 —														
	現 況	☐ 自宅で一人で暮らしている ☐ 自宅で家族と暮らしている ☐ 特養などの施設や病院に入っている 「施設や病院等に入っている方」は記入して下さい。 ◇施設名又は病院名: _____ ◇所在地(市区名のみ) _____ ◇入所又は入院時期: 年 月から入所・入院している														
	入所を希望する理由(該当するものすべてを選んで下さい)	1. 入所申込ができるのは原則として要介護度3以上の方です。 (要介護度1・2の方については、入所を必要とするやむを得ない理由が必要となることから、次の2欄も回答してください。) ☐ 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。 ☐ 介護者の身体的・精神的負担が大きく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を求められているが、自宅での介護が困難なため。 ☐ その他() 2. 要介護度1・2の方については、以下該当するものを回答してください。 ☐ 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。														
	入所希望時期	☐ 今すぐ入所したい ☐ 令和 年 月頃までに入所したい														
	医療の状況	☐ 経管栄養 ☐ 胃ろう ☐ 在宅酸素 ☐ インシュリン注射 ☐ その他() 【現在までの病歴・怪我、入院の有無などいつ頃の事か】														
	申込状況	☐ 当該施設のみ申し込む。 ☐ 他の施設も申し込んでいる、又は今後他の施設も申し込む予定。 ◇既に申し込んでいる他の施設名 () () () ◇今後申し込む予定の他の施設名 () () ()														
	主たる介護者	(フリガナ)			性別	本人との関係										
氏 名				男・女	生年月日		大・昭・平 年 月 日									
同居の区分		☐ 同居している ☐ 別居している(住所:)														
意 見		【介護をしているうえで困っていること等】														

指定介護老人福祉施設等入所調査票

第1回 第2回 第3回

/ / /

要介護度	要 介 護	1	2	3	4	5			
日常生活自立度	Ⅲa以上	Ⅱb	Ⅱa	I	自立				

2 主たる介護者・家族等の状況

世帯の状況	独 居	高 齢 者	世 帯	そ の 他			
主介護者の年齢・続柄							
介護者の介護負担	重 い	や や 重 い	軽 い	負 担 な し			
介護者の障害や疾病	無・有(						
介護者の就労	無・有(職種()、 日／週、 時間／日)						
その他の要介護者	無・有(要支援、 要介護 1, 2, 3, 4, 5,)						
介護者の育児、家族の病気	無・有(						
介護者の介護の関わり方	介 護 拒 否	非 常 に 消 極 的	や や 消 極 的	ふ つ う			
他の同居介護補助者	無・有(続柄()、 日／週程度)						
別居血縁者の介護協力	無・有(続柄()、 日／週程度)						
近隣者等の介護協力	ほ と ん ど な し 随 時 あ り 常 時 あ り						

[illegible]

ワッセルマン反応	☐	チェックされた方⇒	感染力あり	☐	なし	☐
結核	☐	チェックされた方⇒	感染力あり	☐	なし	☐
肝炎	☐	チェックされた方⇒	感染力あり	☐	なし	☐
MRSA	☐	チェックされた方⇒	症状あり	☐	なし	☐

入所を希望されている方の状態に当てはまる項目全てにチェックを入れ、状況等詳細にご記入ください。

大別	項目	チェック	内 容	大別	項目	チェック	内 容		
食 事	食事動作		自身で食べられる。	移 動	動作 (該当するもの全て)		起き上がりが1人で出来る		
			ある程度の介助・見守りが必要				起き上がりに介助が必要		
			全て介助している				立ち上がりが1人で出来る		
	食事形態 (該当するもの全て)		普通食				立ち上がりが不安定で介助が必要		
			⇒ お粥 ・刻み食(大きさ				歩行安定し、何も掴まらずに1人で歩ける		
			ミキサー食				歩行不安定で見守りや介助が必要		
			経管栄養				転倒やその他の危険があり目が離せない		
			水分にトロミ使用			選択⇒	杖 ・ 手すり ・ シルバーカー の使用		
			むせ込みやすい		車いすの方	選択⇒	自身で動かせる ・ 介助が必要		
			食べこぼしが多い			有	選択⇒ 骨折の 有 ・ 無		
	毎回の食事摂取量				転倒歴		骨折の部位・時期など⇒		
	食事に関する特記事項						無		
排 泄	排泄動作		自身でトイレに行き、問題なく済ませる	コミュニケーション	会 話		問いかけに的確に返答できる		
			トイレの失敗があるため、確認が必要				返答はできないが内容を理解できる		
			移動や排泄動作の全てに介助が必要				話した内容をすぐに忘れてしまう		
		選択⇒	おむつ ・ リハビリパンツ ・ 普通下着				話しの辻褄が合わず、会話にならない		
			ポータブルトイレを使用している				話しかけても反応ができない		
	尿意・便意		あり(⇒自身で向う ・ 介助の依頼がある)		聴 力		普通の声量で聞こえる		
			なし (確認や定期的な誘導・介助が必要)				大きめの声で聞こえる		
	トイレ回数	日中	夜間				耳元で話さないと聞こえない		
	オムツ交換回数	日中	夜間				全く聞こえない(左 ・ 右)		
	排泄に関する特記事項				視 力		問題なし		
	褥瘡の有無		無 ・ 有(部位や状態:)				問題あり(具体的に)		
入 浴	入浴方法		自宅で一人で入浴	認知も症のなどによる症状(該当する)			意欲低下		不潔行為
			自宅で家族などの介助で入浴				物忘れ		妄想
			施設など利用する時に入浴				昼夜逆転		幻覚
	施設での入浴方法		一般浴槽				帰宅願望		幻聴
			機械浴 (種類:)				徘徊		異食
	入浴に関する特記事項						収集癖		暴言・暴力
							介護拒否・抵抗		感情が不安定
	日中の過ごし方						その他()		
	夜間の睡眠状況								
	身長	cm	体重	kg					
※個人情報の取り扱いについては、必要最低限の情報を用いることをお約束いたします。				その他特記事項					