



特別養護老人ホーム入所申込書（その2）

介護者の状況	主たる介護者	(ふりがな) 氏名	性別	男・女	
		本人との関係			
		生年月日	明・大・昭 年 月 日 ( 歳)		
		同居の区分	1. 同居 2. 別居(住所: )		
	複数の介護をしている場合	1. 介護困難 2. 多少介護可能 3. 介護可能 4. なし			
		就労状況	育児・家族の状況	健康状態	
		1 有(該当するものに○) ・8時間以上又は高齢で就労不能 ・4時間以上8時間未満 ・4時間未満 2 介護のために仕事をやめた 3 無	1 有(該当するものに○) ・常時の育児・看病が必要 ・半日育児・看病が必要 ・時々育児・看病が必要 ・65歳以上の高齢世帯のみである 2 無	1 良好 2 不良(該当するものに○) ・介護困難 ・多少介護可能 ・介護可能	
	従たる介護者	(ふりがな) 氏名	性別	男・女	
		本人との関係			
		同居の区分	1. 同居 2. 別居(住所: )		
同居介護者の状況		1. 従たる同居介護者なし 2. 介護困難 3. 多少介護可能 4. 介護可能			
介護期間	年 ヶ月				
別居している血縁者による介護の可能性	1. 別居している血縁者なし 2. 介護困難 3. 多少介護可能 4. 介護可能				
その他	入所を希望する時期	1. 今すぐ入所したい 2. 年 月頃までには入所したい			
	申し込みの状況	1 当該施設のみ申し込む 2 他の施設に申し込んでいる 所在地: 施設名:			
	居宅において日常生活を行うことが困難であることについてのやむを得ない事由(要介護1又は2のみ記載)	<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待等が疑われること等により、心身の安全・安心確保が困難である。 <input type="checkbox"/> 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な状況である。			
説明確認欄	<p>私は、入所申込の際、入所決定の手続き及び入所の必要性を評価する基準等について施設から説明を受けました。</p> <p>令和 年 月 日 氏名: _____</p> <p>現在利用している 在宅サービスの状況</p>				

- ※1 介護保険被保険者証(写)、サービス利用表(写)、認定調査票(写)を添付してください。
- ※2 現在施設入所者又は病院入院中の方は入所前・入院前の利用状況を記入してください。
- ※3 入所を希望する理由の( )内には、その具体的理由を記入してください。
- ※4 必要性がなくなった場合は、別紙「特別養護老人ホーム入所申込取り下げ書」を提出してください。
- ※5 申し込み内容に変更が生じた場合は、施設に連絡し、指示を受けてください。

# 身 体 の 状 況

現病名	無・有（ ）		
既往歴			
日常生活動作能力	視力	1．普通 3．人や物の動きがわかる	2．やや悪い 4．全く見えない
	聴力	1．普通 3．耳元で大声なら聞こえる	2．大声なら聞こえる 4．全く聞こえない
	言語	1．普通 3．聞き取れない	2．聞き取りにくい 4．全く話せない
	全般的動作	1．外出できる 2．家の中なら歩ける 3．起きられるがあまり動かない 4．寝たきり・ほとんど寝たきり	
	歩行	1．自立 3．要介護	2．杖・手すり等を使用 4．はう 5．全面介助
	食事	1．自立 2．スプーン等を使用し自立 3．一部介助 4．全面介助	
		1．常食 2．半がゆ 3．全がゆ 4．副食きざみ	
	義歯	1．無 2．有（ア．全部 イ．一部 ウ．有るが使用せず）	
	着脱衣	1．自立 3．ボタンかけなど一部介助が必要 4．ほとんど着せる	2．指示すれば可 5．全面介助
	入浴	1．自立 2．ほぼ普通にできるがやや不自由 3．浴槽に入れるが洗うことなどに一部介助を要する 4．全面介助	
排泄	1．自立 2．便器まで介助 3．自立でポータブル便器使用 4．便器介助 5．おむつ使用（常時・昼のみ・夜のみ）		
精神・認知症の状態	記憶見当識の障害	1．名前（可・不可） 2．生年月日（可・不可） 3．今日の日付（可・不可） 4．年齢（可・不可） 5．家族の名前（可・不可） 6．現住所（可・不可）	
	その他の症状	1．不安 2．あせり 3．興奮 4．幻覚 5．妄想 6．生活意欲の低下・無意 7．その他（ ）	
身体障害	無・有 障害名 _____ ・ 部位 _____ _____種 _____級 取得年月日 _____年 _____月 _____日		
介護サービスについてのご希望			

# 同意書

(あて先)所沢市長 様

介護老人福祉施設への入所判定に際し、必要な書類〔認定調査票(基本調査)〕について下記の施設に対し情報提供することに同意します。

令和 年 月 日

被保険者住所:

被保険者氏名:

印

被保険者番号:

連絡先:

## 記

介護老人福祉施設名: 特別養護老人ホーム 亀 令 園

所在地: 埼玉県所沢市東狭山ヶ丘4-2695-1

施設長名: 島田 典朗

連絡先: 04-2926-8088

令和 年 月 日

# 情報提供書

施設長 様

所沢市長 藤本 正人

過日情報提供依頼のありました下記被保険者の情報提供をいたします。

## 記

被保険者住所:

被保険者氏名:

被保険者番号: