

入所申し込み希望者の状況

介護保険 認定	保険者（市町村）：	
	要介護度状態区分：	現在の要介護状態区分（ ） 前回の要介護状態区分（ ）
	認定の有効期間：	年 月 日 ～ 年 月 日
	介護保険被保険者番号：	
身障手帳	<input type="checkbox"/> 有（種 級： ） <input type="checkbox"/> 無	
主治医	医療機関名：	医師氏名：
現病歴	身長 c m 体重 k g 感染症： <input type="checkbox"/> 有（ ） <input type="checkbox"/> 無	
既往歴		
麻痺 移動 排泄	<input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 手引き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> 自走 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 全介助 (昼) <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> 尿取りパット <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> Pトイレ <input type="checkbox"/> トイレ (夜) <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> 尿取りパット <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> Pトイレ <input type="checkbox"/> トイレ 尿意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 / 便意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 下剤 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 () <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"/> 一般浴槽 <input type="checkbox"/> リフト浴槽 <input type="checkbox"/> 寝台浴槽 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
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	
口腔状態	<input type="checkbox"/> 自歯 <input type="checkbox"/> 総義歯 <input type="checkbox"/> 部分義歯 <input type="checkbox"/> 外している	
食事	主食： <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> ミキサー食 副菜： <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 極刻み <input type="checkbox"/> ミキサー食 とろみ： <input type="checkbox"/> 有（ ） <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> おはし <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> 自助具 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経管栄養（鼻・胃）（ ） cal ×（ ）回/日（商品名： ） <input type="checkbox"/> 減塩（ g ・糖尿食 kcal） 食物アレルギー： <input type="checkbox"/> 有（ ） <input type="checkbox"/> 無 嚥下： <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり（ ） 咀嚼： <input type="checkbox"/> 問題ない <input type="checkbox"/> 問題あり（ ）	
視力 聴力	白内障：[右] <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 / [左] <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 補聴器：[右] <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 / [左] <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
コミュニケーション	会話： <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部できる <input type="checkbox"/> できない 指示の理解： <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部できる <input type="checkbox"/> できない	

障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> J 一部自立 なんらかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する <input type="checkbox"/> A 準寝たきり 屋内での生活は概ね充実しているが、介助なしには外出しない <input type="checkbox"/> B 寝たきり 1 屋内での生活は何らかの介助を要し日中もベッド上の生活が主であるが座位は保つ <input type="checkbox"/> C 寝たきり 2 1日中ベッド上で過ごし、排泄・食事・着替えにおいて介助を要する
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> I 何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的に自立している <input type="checkbox"/> II 日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さは多少見られても誰かが注意していれば自立可能 <input type="checkbox"/> III 日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが時々見られ介護を必要とする <input type="checkbox"/> IV 日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ常に介護が必要 <input type="checkbox"/> M 著しい精神症状や問題行動あるいは、重篤な身体状態が見られ専門医療を必要とする
認知症の症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 落ち着きなく歩き回る <input type="checkbox"/> 暴言や暴力がある <input type="checkbox"/> 不潔行為（排泄物をいじるなど） <input type="checkbox"/> 妄想（物を盗られたなど） <input type="checkbox"/> 介護拒否（入浴、着替え ） <input type="checkbox"/> 幻覚（現実にはないものが見える） <input type="checkbox"/> 不穏（いらいらしている） <input type="checkbox"/> 抑うつ状態（ふさぎこんでいる） <input type="checkbox"/> 異食（食べ物以外を口に作る） <input type="checkbox"/> 昼夜の逆転がある <input type="checkbox"/> 大声や奇声を出す <input type="checkbox"/> 物を集める、無断で持ってくる <input type="checkbox"/> 記憶障害（忘れっぽい） <input type="checkbox"/> その他（ ）

収入等	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 遺族年金 () 年金 約 ¥ /2ヶ月
-----	---

申し込み理由・経緯	現在の居所 <input type="checkbox"/> 自宅 【利用しているサービス】 種別：① :週 回 ② :週 回 ③ :週 回 【在宅サービス利用率】 % (直近3ヶ月の平均)
	<input type="checkbox"/> 施設（施設名 :) (いつから :) <input type="checkbox"/> 病院（病院名 :) (いつから :)

ケアマネジャー	事業所名：	連絡先	()
	氏名：		

(家族状況)

(特記欄)

※本申込書提出時は、「介護保険被保険者証」の写しを添付して下さい。

同意書

特別養護老人ホーム青葉の里 施設長 殿

貴施設に入所を希望するため、申し込みます。
貴施設が入所判定に使用する目的等で、居宅介護支援事業者、市町村、地域包括支援センター、病院、施設等から情報提供を受けることに同意します。また、市町村が居宅介護支援事業者等に、入所申込者の状況等を確認することに同意します。

令和 年 月 日

入所申込者氏名 _____ 印

家族等氏名 _____ 印 (続柄: _____)

入所申込者が要介護度1・2の場合は下記の①、②を記入してください。

①特列入所の申立

居宅で日常生活を営むことが困難なことについてやむを得ない事由は、次のとおりです。

- 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。

※具体的状況

[_____]

②担当介護支援専門員記入欄

意見等

特列入所の要件（※要介護1・2の場合のみ）に該当するかや入所の必要性、緊急性などの意見を記入してください。

※要介護1・2の方の「特列入所」の要件

- ①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。
- ②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。
- ③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。
- ④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。

施設記入欄

--