

入所申し込み書兼調査票

平成 年 月 日

本人	フリガナ		生年月日	明治・大正・昭和	性別	男・女
	氏名			年 月 日 (歳)		
	住所	郵便番号 (-)		電話番号		

家族・申込者	フリガナ		続柄	備考		
	氏名					
	住所	郵便番号 (-)		電話番号		
				携帯番号		
その他 連絡先	郵便番号 (-)		電話番号			

支援事業所 居宅介護	事業所名		電話番号		
	フリガナ		備考		
	担当者				

他施設の 申込状況	施設名 1		申込 予定・済 (申込時期 年 月頃)
	施設名 2		申込 予定・済 (申込時期 年 月頃)
	施設名 3		申込 予定・済 (申込時期 年 月頃)
入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい		<input type="checkbox"/> いずれ入所したい

【説明確認及び同意書】

<ul style="list-style-type: none">入所申込から契約までの必要な手続き、入所順位決定方法、ならびに入所にあたっての注意事項について、施設から説明を受けました。入所前調査において取得した個人情報を、施設で行われる入所判定の資料として使用することに同意します。申込書の内容に変化があった場合は、施設に連絡することについて同意します。入所可能な案内があったにもかかわらず、自己都合により入所を辞退した場合は、入所順位名簿から削除されることに同意します。入所制度の適正な運用のため、この申込書兼調査票及びそれらから作成した資料等を行政機関等の求めに応じて提供することに同意します。施設が居宅介護支援事業者等への入所希望者の状況について確認することに同意します。
平成 年 月 日 氏名 _____ 印 (続柄) _____

介護認定	済・申請中（更新・変更）	被保険者番号	
要介護度	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5	有効期限	平成 年 月 日～平成 年 月 日

入居者本人の状況	現在の住居及び介護サービスの利用状況 （ <input type="checkbox"/> 内は該当項目にチェック） 該当する番号1つに○	1. 施設 <input type="checkbox"/> 特養（ <input type="checkbox"/> 従来型 <input type="checkbox"/> ユニット型） <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 介護療養型 <input type="checkbox"/> 養護 <input type="checkbox"/> ケアハウス <input type="checkbox"/> 認知症グループホーム <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> 救護・更生施設（保護施設） <input type="checkbox"/> 障害者入所施設 <input type="checkbox"/> 生活支援ハウス <input type="checkbox"/> その他（ <input type="checkbox"/> ） 施設名： _____ 担当者： _____
		2. 病院（病名： _____ 入院：平成 年 月から） 病院名： _____ 担当者： _____
		2. 在宅 <input type="checkbox"/> 訪問介護（ <input type="checkbox"/> 週4回以上 <input type="checkbox"/> 週2～3回 <input type="checkbox"/> 週1回） <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護（ <input type="checkbox"/> 週1回以上） <input type="checkbox"/> 訪問看護／訪問リハビリテーション（ <input type="checkbox"/> 週2回以上 <input type="checkbox"/> 週1回） <input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護 <input type="checkbox"/> 通所介護／通所リハビリテーション（ <input type="checkbox"/> 週2回以上 <input type="checkbox"/> 週1回） <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護／療養介護（最近3ヶ月の利用日数合計 _____日） <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 複合型サービス <input type="checkbox"/> その他（ <input type="checkbox"/> ）

申込者の身体状況及び日常生活状況	介護状況			具体的な状況	
	食事	自立	一部介助	全介助	
	排泄	自立	一部介助	全介助	
	入浴	自立	一部介助	全介助	
	更衣	自立	一部介助	全介助	
	歩行（移動）	自立	一部介助	全介助	
	麻痺	無（ 左上肢 左下肢 右上肢 右下肢 ）			
	拘縮	無 部位： 肩関節 肘関節 股関節 膝関節 足関節 その他（ <input type="checkbox"/> ）			
	視力	問題なし やや見えにくい 見えない			
	聴力	問題なし やや聴こえづらい 聴こえない			
	会話	問題なし やや困難 できない			
	精神疾患	有	無		
	認知症	有	無		
特記事項					

申込者のかかりつけ病院	かかりつけ病院名	TEL
	病歴・現病歴	

※今までにかかったご病気・手術歴や現在治療中のご病気について分かる範囲で記入してください。

申込者を取り巻く家族介護の状況 該当する番号に○をして下さい。		介護の状況
	1	息子若しくは娘が同居しており、かつ介護者が健康である。
	2	高齢者世帯で、配偶者が介護者で健康。息子若しくは娘が近隣に住んでいる。
	3	高齢者世帯で、配偶者が介護者で健康。息子若しくは娘が遠方に住んでいる。
	4	独居であるが、介護者が近隣に住んでおり、健康である。
	5	息子若しくは娘が同居しており、かつ介護者であるが健康面に問題あり。
	6	高齢者世帯で、配偶者が介護者だが、健康面で問題あり。息子若しくは娘が近隣に住んでいる。
	7	高齢者世帯で、配偶者が介護者だが、健康面で問題あり。息子若しくは娘が遠方に住んでいる。
	8	独居で、介護者が近隣に住んでいるが介護者の健康面に問題あり。
	9	独居で、介護者が遠方かつ健康面で問題あり。
	10	独居で、介護者がいない
その他	具体的に：	

注：「遠方」とは、申込み宅へ家族等が訪問するのに2時間以上かかる距離である場合をいう。

注：「高齢者」とは65歳以上をいう。

申込者の現在の生活基盤	年金	国民年金 厚生年金 共済年金 その他 () 1ヶ月あたりのおおよその金額 () 円
	住居	本人の持ち家 借家 (一軒家) アパート その他 ()

入所の申込をした理由をお書きください。