

現在利用し ている施設 サービス等	<input type="checkbox"/> 自宅で暮らしている			
	<input type="checkbox"/> 養護老人ホーム	<input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム	<input type="checkbox"/> 有料老人ホーム	
施設	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設	<input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設	<input type="checkbox"/> 病院	
	<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設	<input type="checkbox"/> グループホーム	<input type="checkbox"/> その他	
サービス等	施設名または病院名			
	入所または入院期間	年 月 日	～(年 箇月)	
本人の 状況	食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全部介助
		種類: <input type="checkbox"/> 常食	<input type="checkbox"/> 半粥	<input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全部介助
		おむつの使用:	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 昼夜 <input type="checkbox"/> 夜のみ
	入浴 更衣	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全部介助
		<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全部介助
	移動	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全部介助
		歩行: <input type="checkbox"/> つかまり歩き	<input type="checkbox"/> 杖使用	<input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 寝たきり
視力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やや悪い	<input type="checkbox"/> 人の動きがわかる程度	
聴力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やや悪い	<input type="checkbox"/> 大声が聞き取れる	
言語	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やや悪い	<input type="checkbox"/> 聞き取れない	
認知・精神の 症状	認知症高齢者の日常生活自立度			
	<input type="checkbox"/> ランクⅡa	<input type="checkbox"/> ランクⅡb	<input type="checkbox"/> ランクⅢa	
	<input type="checkbox"/> ランクⅢb	<input type="checkbox"/> ランクⅣ	<input type="checkbox"/> ランクM	
	自傷行為、せん妄、徘徊、奇声、摂食異常、不潔行為、攻撃的行為等の行動あるいは精神的な障害がある場合は、その状況や頻度等を具体的に記載してください。			
医療的処置	<input type="checkbox"/> カテーテル	<input type="checkbox"/> 経管栄養	<input type="checkbox"/> 酸素療法	
	<input type="checkbox"/> インシュリン注射	<input type="checkbox"/> ストーマ(人工肛門)処置		
<input type="checkbox"/> その他 ()				
現在治療中の病名				
受診している医療機関				
本人の入所意向	<input type="checkbox"/> 入所を希望している	<input type="checkbox"/> 迷っている	<input type="checkbox"/> 自宅での生活を希望している	
	<input type="checkbox"/> 本人には知らせていない	<input type="checkbox"/> 本人の意向が確認できない	<input type="checkbox"/> その他()	
入居を希望する理由	<input type="checkbox"/> 身寄りがないなど介護するものがない			
	<input type="checkbox"/> 介護する者が、遠距離や入院中等により介護できない			
	<input type="checkbox"/> 介護する者が、要介護状態・病気療養中・障害を有するなどの状況にあり十分な介護が困難			
	<input type="checkbox"/> 介護する者が、高齢等により将来的に十分な介護が困難			
	<input type="checkbox"/> 介護する者が、複数の介護や育児を行っている状況にあり負担が大きい			
	<input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所(院)を求められているが、住宅事情等により自宅での介護が困難			
	<input type="checkbox"/> 住居の構造が介護に適していないため、十分な介護が困難			
<input type="checkbox"/> その他()				

その他	フリガナ 氏名		性別	男 女	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日	
	本人との関係	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹	<input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 甥・姪	<input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> その他()			
	同居の別	<input type="checkbox"/> 同居 ※別居の場合 住所	<input type="checkbox"/> 別居				
	意見	(介護をしている上で困っていることなど)					
	他の親族 援助者等 の有無	<input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 親族以外の援助者あり <input type="checkbox"/> 他の親族・援助者なし	<input type="checkbox"/> 兄弟姉妹	<input type="checkbox"/> 甥・姪	<input type="checkbox"/> 親族はあるが居所不明		
	入所 希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 年 月頃までには入所したい					
	他施設への 申込み状況	<input type="checkbox"/> 当施設のみに申し込んでいる <input type="checkbox"/> 他施設にも申し込んでいる()					
介護支援 事業所の 利用状況	事業所名:		電話:				
	担当ケアマネジャー						

備考	入所申込書に記載した事項あるいは記載項目にない事項等で、優先的な入所の判断において特に考慮する必要がある場合は、その内容をご記入ください。
----	---

○ 説明確認欄

私は、入所の申込に際し、入所申込から入所契約までの手続き等について、施設から説明を受けました。
平成 年 月 日 氏名 印

○ 個人情報提供同意欄

施設の入所の円滑化に資するため、入所の判定に必要な範囲に限り、居宅介護支援事業所、介護保険施設、主治医、市町村又は児童民生委員に対し、居宅介護サービスの利用状況、介護者の状況、心身の状況などの個人情報の提供を求め、又は個人情報を提供することに同意します。
平成 年 月 日 氏名 印

○ 面会同意欄

本人に面会することに同意致します。なお、事前のご連絡は致しませんのでご了承下さい。
平成 年 月 日 氏名 印

注1 介護保険被保険者証の写しを添付して下さい。

2 要介護度や介護者の状況等記載内容に変更があった場合は、速やかに施設にご連絡ください。