

(様式1) ※太ワクの中をすべて記入してください(不明な点は、施設にご相談ください)

※□欄は、該当するものに×を記入してください

## 指定介護老人福祉施設等(特別養護老人ホーム)入所申込書

入所を希望する者	フリガナ		保険者名	南さつま市・南九州市・枕崎市・日置市・他( )											
	氏名		被保険者番号												
	生年月日	明・大・昭 年 月 日( )歳										性別(男・女)			
	現住所	(郵便番号 - )										電話番号( - - )			
		南さつま市・南九州市・枕崎市・日置市・鹿児島市・( )													
認定状況	<input type="checkbox"/> 要介護認定を受けている														
	<申込日現在の介護度> 要介護( 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 )														
	<認定有効期間> 令和 年 月 日から令和 年 月 日まで														
<input type="checkbox"/> 区分変更申請中(令和 年 月 日申請)															
<input type="checkbox"/> 更新申請中(令和 年 月 日申請)															
<input type="checkbox"/> 要介護認定を受けていない															
<input type="checkbox"/> 認定申請中(令和 年 月 日申請)															
世帯状況			<input type="checkbox"/> 同居家族がいない(一人暮らし) <input type="checkbox"/> 同居家族がいる												
入所を希望する理由	<input type="checkbox"/> 介護する者がいないため。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により、十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所等を求められているが、受け入れが困難なため。 <input type="checkbox"/> その他 [ ]														
(該当するものはすべて選んでください。)															
指定介護老人福祉施設 養徳園 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															
(申込者) 住所															
氏名															
印 (続柄)															

提出者(連絡先)

氏名:	続柄:	電話番号:
〒: -		
住所:		

※太ワクの中をすべて記入してください（不明な点は、施設にご相談ください）

※□欄は、該当するものに×を記入してください

◎介護者・家族等の状況

※ 入所申込みに対する家族の同意等は備考欄に記入してください。

家族構成	続柄	氏名	年齢	入所申込者と	住所	電話	備考
				同居・別居			
				同居・別居			
				同居・別居			
				同居・別居			
				同居・別居			

  

主たる介護者	フリガナ		年齢	本人との関係	備考	
	氏名				職業( ) 1日 時間就労・週 日	
	健康状態	<input type="checkbox"/> 疾病 ( <具体的に> ) <input type="checkbox"/> 健康				
	介護の状況	<input type="checkbox"/> 介護する者が要介護状態のため、介護困難な状態である <input type="checkbox"/> 仕事や入所申込者以外の人 <span style="font-size: 2em;">}</span> の看病等があり、介護困難な状態である ( <具体的に> ) <input type="checkbox"/> 多少介護は可能であるが、常時の介護は困難な状態である ( <具体的に> ) <input type="checkbox"/> 介護可能な状態である				
	介護の場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院又は介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> その他の施設に入所中				
	介護歴	平成 令和 年 月頃から介護している (期間：約 年)				
	介護協力者	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 随時あり (氏名 続柄 ) <input type="checkbox"/> 常時あり (氏名 続柄 )				
	意見	[食事や排せつのこと、その他介護をしている上で困っていることなど] [介護の状況で補足したいことなど]				





対象者名 ( ) 様) ADL (日常生活動作) 評価	
食 事	全介助・一部介助・自立 (スプーン・箸)
排 泄	大 便 おむつ・便器使用・ポータブル・トイレでできる
	小 便 おむつ・便器使用・ポータブル・トイレでできる
歩 行	不能・介助・一人で歩けるが不安定・自立
起立位保持	不能・介助・手すり使用・つかまらずに
這って移動	不能・介助・一人で居室内・一人で家屋内
起座位保持	不能・介助・背もたれがあれば可・一人でできる
寝 返 り	不能・介助・つかまって・楽にできる
洗 面	不能・タオルでふく・洗面所でどうにか・完全にできる
入 浴	不能・手伝えば入れる・完全にできる
着 脱 衣	不能・介助・一部介助・完全にできる
言 語	話せない・意味がわからない・どうにかわかる・普通
視 力	見えない・少し見える・見える
聴 力	聞こえない・耳元で大声・聞こえる
意 欲	なし・あきらめが強い・やや消極的・あり
認知症状	状態：
意思の伝達	ほとんどできない・時々できる・できる
介護者の指 示	ほとんど通じない・時々通じる・通じる
記憶・理解	生年月日や年齢を答えることができる・できない 自分の名前を答えることができる・できない 今の季節を理解することができる・できない 自分がいる場所を答えることができる・できない

作成日：令和 年 月 日 病院・事業所名 ( ) 氏名 ( )