

## 入居申込書

申 込 日	平成 年 月 日		
申 込 者	氏 名		続柄
	住 所		
	電 話 番 号	携帯	

入居対象者	氏 名	ふりがな	性別	男 女
	生 年 月 日	明治・大正・昭和 年 月 日 ( 歳)		
	住 所	〒		
	電 話 番 号	携帯		

介 護 認 定	要介護度 要支援1・2 要介護1・2・3・4・5 ( 介護認定申請中 : 申請日 年 月 日 )			
---------	---	--	--	--

身元引受人	氏 名		続柄
	住 所	〒	
	電 話 番 号	携帯	
	職 業		

現在の状況	1・自宅 2・病院 ( ) 3・施設 ( )			
-------	------------------------	--	--	--

かかりつけ 医療機関		病院	科	先生
		病院	科	先生

担当ケアマネ	事業所名			
	氏 名			
	電 話 番 号			

入居希望理由 (居宅において日常生活を営むことが困難な理由等)	※ 入居希望日：平成 年 月 日			
------------------------------------	------------------	--	--	--

備 考				
-----	--	--	--	--

## 入 所 申 込 調 査 票

調査年月日	平成 年 月 日	調査者氏名	
現 状	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 特養 <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 療養型 <input type="checkbox"/> 他施設 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
介護保険 サービス 確認欄	利用している介護保険サービス <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> その他 ( )		
	調査時点での在宅サービスの利用単位数 ( ) 単位) 他施設申込み状況 ( )		
健康保険	種 別	年金等	種 別
障害手帳等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (手帳の種類、障害名 判定 ( ) 級、その他 )		
食 事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 入れ歯 ( )		
	内 容	主食 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> ミキサー 食事制限 ( ) 副食 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 細食 <input type="checkbox"/> ミキサー ( ) <input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク	
入 浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (特浴・中間浴・一般浴・夜間浴)		
着脱衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
排 泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 排泄状況 ( <input type="checkbox"/> 便器 <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> オムツ等 ) 下剤服用 ( 有・無 ) 便 日 回 失禁 ( 有・無 )		
移 動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 歩行状況 ( <input type="checkbox"/> 自力歩行 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 立位不可 ) 移動器具の使用 ( <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 老人カー <input type="checkbox"/> 車椅子等 (状況 )		
視 力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 全盲 (老眼鏡使用 有・無 ) (状況 )		
聴 力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 大声で聞こえる <input type="checkbox"/> 難聴 (状況 )		
言語・会話	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不明瞭 <input type="checkbox"/> 失語 <input type="checkbox"/> 会話不能		
認知症状等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (軽度・中度・重度) 症状 ( <input type="checkbox"/> 失見当識 <input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> その他 ( ) ) (状況 )		
薬の服用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (薬名等 )		
既往歴	昭・平 年 月 (頃)		
	昭・平 年 月 (頃)		
	昭・平 年 月 (頃)		

【特記事項】	
--------	--

## 【様式3】

## 介護支援専門員等 意見書

## 1. 本人の状況

要介護度	5	4	3	2~1
------	---	---	---	-----

認知症による不適応行動	非常に多い	やや多い	少しあり	なし
-------------	-------	------	------	----

## 2. 在宅サービス利用度

在宅サービス利用限度額割合	60%以上	50%以上	30%以上	30%未満
---------------	-------	-------	-------	-------

## 3. 主たる介護者・家族等の状況

① 世帯の状況	独居	高齢者世帯	その他	
② 介護者の性別・年齢・続柄	男・女	歳	(本人からみた続柄)	
③ 介護者の介護負担	重い	やや重い	軽い	負担なし
④ 介護者が障害や疾病	無・有( )			
⑤ 介護者の就労	無・有(職種等	日/週	時間/日)	
⑥ 他の要介護者	無・有(要支援、要介護 1 2 3 4 5)			
⑦ 介護者が育児、家族が病気	無・有( )			
⑧ 介護者の介護の関わり方	介護拒否	非常に消極的	やや消極的	普通
⑨ 他の同居介護補助者	無・有(続柄)	日/週程度( )		
⑩ 別居血縁者介護協力	無・有(続柄)	日/週程度( )		
⑪ 近隣者等の介護協力	ほとんどなし	随時あり	常時あり	—

## 4. 特記事項及び意見

①医療的処置：(例：膀胱カテーテル、経管栄養、酸素療法等)
②住居環境：
③入所待機期間・入居申込先(例：待機期間が1年以上)
④入居後の方向性：(例：延命は望まない等)
⑤その他

記入者