

入所申込みご希望者 様

サービス付き高齢者向け住宅  
ひとむすび泉  
施設長 竹屋 浩司

## 入居契約申込書について

様式1の入所契約申込書は、入所ご希望者様とご家族様の情報をご記入ください。

様式2の入所契約申込調査票は、各項目に対してご記入ください。

様式3の介護支援専門員意見書は、担当ケアマネジャーに記入をご相談ください。

入院中や介護老人保健施設等入所中の場合は、相談員または施設ケアマネジャーにご相談ください。提出の際は、介護保険被保険者証の写しを添付してください。

不明な点等ございましたら、施設までご連絡ください。

### ※入所申込書を提出した後のお願い

1. 入居申し込みの有効期限は、入居申込者の介護認定の有効期限終了日までとします。但し、要介護認定が更新された場合には、新たな介護保険被保険者証の写しを提出することで、その有効期限に延長することができます。
  2. 入居の希望意思が無くなった際（他の施設へ入居・死亡など）には、施設へ連絡をください。
- また、介護認定の有効期間終了から3カ月以上連絡のない場合は、入居申し込みの取り下げとさせていただきます。

### 【受付担当】

010-0916

秋田市泉北1丁目13番5号

サービス付き高齢者向け ひとむすび泉  
生活相談員

TEL 018-827-3911 FAX 018-827-3912

## 入居申込書

申 込 日	令和 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：令和 年 月 日			
------------------------------------	------------------	--	--	--

備 考				
-----	--	--	--	--

## 入 所 申 込 調 査 票

調査年月日	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・令 年 月 (頃)		
	昭・平・令 年 月 (頃)		
	昭・平・令 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