

(記入例) ◆この用紙と標準様式2と必要書類を添えてご提出ください。  
標準様式1

表

指定介護老人福祉施設〔特別養護老人ホーム〕入所申込書兼台帳

|                        |                   |              |    |
|------------------------|-------------------|--------------|----|
| 申込者連絡先<br>(家族等代理の方の場合) | 氏名：立石 太郎          | 続柄           | 長男 |
|                        | 〒 689-0000        |              |    |
|                        | 住所：鳥取県東伯郡琴浦町00-00 |              |    |
|                        |                   |              |    |
|                        | 電話番号              | 0858-00-0000 |    |

|       |         |               |      |       |
|-------|---------|---------------|------|-------|
| 施設記入欄 | 申込日     | 年 月 日         | 受付日  | 年 月 日 |
|       | 受付番号    |               | 担当者名 |       |
|       | 法人名     | 社会福祉法人 立石会    |      |       |
|       | 入所申込施設名 | 特別養護老人ホームみどり園 |      |       |

今後、郵便物などはこの連絡先にお送りさせていただきます。

介護保険番号

|                     |                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |              |          |                                                                                      |                             |              |       |   |   |   |   |   |   |  |
|---------------------|----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|----------|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|--------------|-------|---|---|---|---|---|---|--|
| 本人の状況               | (フリガナ)                     | タテイシ ハナコ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |              | 性別       |                                                                                      |                             |              |       |   |   |   |   |   |   |  |
|                     | 氏名                         | 立石 花子                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |              | 男女       | 男                                                                                    | 保険者(番号)                     | 琴 浦 町        |       | 3 | 1 | 3 | 7 | 1 | 8 |  |
|                     | 生年月日                       | 明・大・昭 5年10月19日(満84歳)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |              |          | 要介護度                                                                                 | 1・2・3・4・5                   |              |       |   |   |   |   |   |   |  |
|                     | 要介護認定期間                    | 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |              |          | 認定申請予定日                                                                              | 平成 年 月 日<br>※未申請の方は記入してください |              |       |   |   |   |   |   |   |  |
|                     | 自宅住所                       | 〒 689-0000<br>鳥取県東伯郡琴浦町00-00                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |              |          |                                                                                      | 電話番号                        | 0858-00-0000 |       |   |   |   |   |   |   |  |
|                     | 現在の居所<br>※自宅以外に居住している場合に記入 | <input type="checkbox"/> 自宅で単身 <input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯 <input checked="" type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 他の施設や病院に入っている                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |              |          |                                                                                      |                             |              |       |   |   |   |   |   |   |  |
|                     | 施設・病院の名称                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |              |          |                                                                                      | 所在地                         | 〒 ー          |       |   |   |   |   |   |   |  |
|                     | 入所又は入院期間                   | 平成 年 月から( 年 か月)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |              |          |                                                                                      | 電話番号                        | ( )          |       |   |   |   |   |   |   |  |
|                     | 入所申込理由                     | <input type="checkbox"/> 介護する者がいないため<br><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<br><input checked="" type="checkbox"/> 介護する者が就労していることから、(昼間独居となり常時の)十分な介護が困難なため<br><input checked="" type="checkbox"/> 介護する者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護ができないため<br><input type="checkbox"/> 介護する者が遠方に居住していることにより十分な介護ができないため<br><input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難なため<br><input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所を求められているが自宅での介護が困難なため<br><input type="checkbox"/> 介護保険の居宅サービス給付の区分支給額を超えており、経済的負担が大きいため<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |              |          |                                                                                      |                             |              |       |   |   |   |   |   |   |  |
|                     | 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"/> 拒否している <input type="checkbox"/> 知らせていない <input checked="" type="checkbox"/> 認知力低下により理解困難                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |              |          |                                                                                      |                             |              |       |   |   |   |   |   |   |  |
| 在宅介護継続期間            | 3年 8か月                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 居宅サービスの利用の有無 |          | <input checked="" type="checkbox"/> 有(下記についても記入してください)<br><input type="checkbox"/> 無 |                             |              |       |   |   |   |   |   |   |  |
| 申込日前月に利用中のサービス( 月分) | 訪問介護                       | 回/月                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |              | 訪問入浴     | 回/月                                                                                  |                             | 訪問看護         | 8回/月  |   |   |   |   |   |   |  |
|                     | 訪問リハ                       | 回/月                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |              | 居宅療養管理指導 | 回/月                                                                                  |                             | 通所介護         | 12回/月 |   |   |   |   |   |   |  |
|                     | 通所リハ                       | 回/月                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |              | 福祉用具貸与   | 1品目                                                                                  |                             | 短期入所生活介護     | 日/月   |   |   |   |   |   |   |  |
|                     | 短期入所療養介護                   | 日/月                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |              |          |                                                                                      |                             |              |       |   |   |   |   |   |   |  |

|                                                               |                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |            |         |        |                                                                               |
|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------|---------|--------|-------------------------------------------------------------------------------|
| 本人の状況                                                         | 入所希望時期                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> 早期希望（１～３か月内） <input checked="" type="checkbox"/> ６か月以内 <input type="checkbox"/> １年以内 <input type="checkbox"/> １年以上（ ）年以内                                                                                                                                                                                                          |  |            |         |        |                                                                               |
|                                                               | 利用している居宅介護支援事業所名                                                                                                            | 〇〇〇ケアプランセンター<br>電話番号： 〇 8 5 8 - 〇〇 - 〇〇〇〇                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | 担当ケアマネジャー名 |         | 介護 〇子  |                                                                               |
|                                                               | 医療の状況                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インスリン自己注射 <input type="checkbox"/> ストーマ（人工肛門）処置 <input type="checkbox"/> カテーテル<br><input type="checkbox"/> 中心静脈栄養<br><input type="checkbox"/> その他（ ）<br>現在治療中の病名 <u>高血圧・糖尿病</u> 受診している医療機関 <u>〇〇記念病院</u><br>【特記事項】<br><u>アルツハイマー型認知症</u> |  |            |         |        |                                                                               |
|                                                               | 他施設への申込状況                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> 当該施設のみ申込み<br><input checked="" type="checkbox"/> 他の施設（特養）老健・療養型・病院）にも申し込んでいる（予定も含む）（ 2 箇所）<br>既に申し込んでいる他の施設名（ 〇〇苑 ）（ 〇〇センター ）（ ）<br>今後申し込む予定の施設名（ ）（ ）（ ）<br>特養待機期間（他施設も含む） 年 月 月                                                                                                                                                 |  |            |         |        |                                                                               |
| 主たる介護者の状況                                                     | 家族構成                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> 親 <input checked="" type="checkbox"/> 配偶者 <input checked="" type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> その他（ ） 計 4 人                                                                                                                                                                                  |  |            |         |        |                                                                               |
|                                                               | （フリガナ）                                                                                                                      | タ テ イ シ 〇 〇 ミ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | 性別         | 年齢      | 本人との関係 | 続柄（ 長男の妻 ） <input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 |
|                                                               | 主たる介護者の氏名                                                                                                                   | 立 石 〇 美                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | 男・女        | 満 5 4 歳 |        | 住 所： 申込者と同じ                                                                   |
|                                                               |                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |            |         |        | 電話番号： （ 同上 ）                                                                  |
| 意見等の状況                                                        | （現状の介護で困っていることなど）                                                                                                           | （注：身体的状況（健康状態）や仕事の有無（週の勤務日数及び時間）などを記入してください。）<br>（記入例）<br>妻はパート勤務で、週の前半はフルタイム、後半は午前の勤務で調整をして、母の介護を行ってきた。<br>最近母の昼夜逆転がひどくなり、私も妻も夫婦で夜間の介護で身体的・精神的にもまいってきている。<br>経済的な事情で妻も仕事を辞めることは難しく、自宅での介護に限界を感じている。                                                                                                                                                       |  |            |         |        |                                                                               |
|                                                               | 同居以外の親族・援助者の有無                                                                                                              | 1. 子 2. 兄弟・親戚等 3. 親族はないが援助者あり ④ 親族・援助者なし                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |            |         |        |                                                                               |
| 入所の申込みに当たり、その手続きについて説明を受けました。<br>平成 2 5 年 1 0 月 9 日 氏名： 立石 太郎 |                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |            |         |        |                                                                               |
| 同意欄                                                           | 今後、指定介護老人福祉施設〔特別養護老人ホーム〕への入所申込者の状況を調査するため、氏名、生年月日、住所（居所）、入所希望時期について、保険者である市町村に報告することに同意します。<br>平成 2 5 年 1 0 月 9 日 氏名： 立石 太郎 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |            |         |        |                                                                               |

■注 1 介護保険被保険者証・介護保険要介護認定調査票基本調査・直近 3 か月分のサービス利用表及び別表の写しを添付してください。

注 2 要介護度など要件や他施設へ入所されるなどの状況に変化があった場合は、すぐに施設へお知らせください。

注 3 必要に応じて申込後の状況について、施設から確認や連絡をすることがあります。

注 4 入所希望時期については、入所決定に際して、なんら影響を与えるものではありませんので、ありのままご記入ください。

担当のケアマネジャーに記入して頂く用紙（ご本人・ご家族の方は記入の必要ありません）

標準様式 2

表

指定介護老人福祉施設〔特別養護老人ホーム〕入所選考調査票

|             |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------|--|---------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 入所申込者(本人)氏名 |  | 被保険者番号  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 受 付 番 号     |  | 保険者(番号) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|                                                     |                                           |                  |                                       |                                       |                       |  |                   |     |  |  |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------|------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------|--|-------------------|-----|--|--|
| ケ<br>ア<br>マ<br>ネ<br>ジ<br>ャ<br>ー<br>の<br>記<br>入<br>欄 | 事業所名                                      |                  |                                       |                                       | 連絡先電話番号               |  |                   |     |  |  |
|                                                     | 担当ケアマネジャー氏名                               |                  |                                       |                                       | 職 種                   |  |                   |     |  |  |
|                                                     | 基 本 的 評 価 基 準                             |                  |                                       |                                       |                       |  |                   |     |  |  |
|                                                     |                                           | 要 介 護 度          | 認知症老人の日常生活自立度                         | 介護者の有無                                | 在 宅 サ ー ビ ス の 利 用 率   |  | 地 域 性             | 合 計 |  |  |
|                                                     |                                           | 1・2・<br>3・4・5    | I・II a・II b・III a・<br>III b・IV・M・該当なし | 単身・<br>介護者有                           | ％<br>□未利用 □入院・入所中     |  | 同一市町村・<br>圏域内、隣接市 | 点   |  |  |
|                                                     | 点数                                        | 点                |                                       |                                       | 点                     |  | 点                 |     |  |  |
|                                                     | 意 見 欄                                     | 【本人の心身の状況】       |                                       |                                       | □十分なケア（ナイトケア等）が受けられない |  |                   |     |  |  |
|                                                     |                                           | □常時の介護や見守りが必要である |                                       |                                       | □病院等の入所者で帰る家がない       |  |                   |     |  |  |
|                                                     | □認知症を原因とする昼夜逆転・徘徊等の問題行動があり、介護者の日常生活に支障がある |                  |                                       | □介護保険の利用限度額を超えて在宅サービスを自費負担しているなど経済的理由 |                       |  |                   |     |  |  |
|                                                     | □寝たきりにより食事・排泄・入浴等日常生活全般を通じ、介助が必要である       |                  |                                       | □その他（ ）                               |                       |  |                   |     |  |  |
| □多少の一部介助や見守りを必要とする                                  |                                           |                  | 【住環境】                                 |                                       |                       |  |                   |     |  |  |
| □ほとんど自立による日常生活が可能である                                |                                           |                  | □居住環境の事情により十分な介護が困難（住居が狭い等）           |                                       |                       |  |                   |     |  |  |
| □その他（ ）                                             |                                           |                  | □在宅サービスの利用に必要な住環境に支障がある               |                                       |                       |  |                   |     |  |  |
| 【介護者の状況】                                            |                                           |                  | □施設や病院から退所を求められている                    |                                       |                       |  |                   |     |  |  |
| □介護者が全くいない                                          |                                           |                  | □その他（ ）                               |                                       |                       |  |                   |     |  |  |
| □介護者がいるが他に介護や育児が必要な者がいる                             |                                           |                  | 【参考項目】                                |                                       |                       |  |                   |     |  |  |
| □介護者はいるが十分な介護が困難（高齢・障害・疾病・就労・その他： ）                 |                                           |                  | ・ 家族の負担感                              |                                       |                       |  |                   |     |  |  |
| □介護者が遠隔地にいる                                         |                                           |                  | □介護疲れがひどい                             |                                       |                       |  |                   |     |  |  |
| □介護者が近隣にいる                                          |                                           |                  | □殆どかわっていない                            |                                       |                       |  |                   |     |  |  |
| □同居の介護者がいる（ 人）                                      |                                           |                  | □在宅サービスを利用しているが介護疲れがある                |                                       |                       |  |                   |     |  |  |
| □その他（ ）                                             |                                           |                  | □在宅サービスの利用にて順調                        |                                       |                       |  |                   |     |  |  |
| 【在宅生活継続の可能性】                                        |                                           |                  | □在宅サービスの利用ないが順調                       |                                       |                       |  |                   |     |  |  |
| □極めて困難                                              |                                           |                  | ・ 意思疎通                                |                                       |                       |  |                   |     |  |  |
| □在宅サービスを利用しても在宅生活に支障がある                             |                                           |                  | □慣れた人でも意思疎通は困難                        |                                       |                       |  |                   |     |  |  |
| □検討の余地あり                                            |                                           |                  | □家族など慣れた人なら問題はない                      |                                       |                       |  |                   |     |  |  |
| □在宅サービスの利用により在宅生活の継続が期待できる                          |                                           |                  | □特に問題はない                              |                                       |                       |  |                   |     |  |  |
| □その他（ ）                                             |                                           |                  | ・ 入所について                              |                                       |                       |  |                   |     |  |  |
| 【在宅生活に支障のある状況】                                      |                                           |                  | □強く拒否している □拒否傾向                       |                                       |                       |  |                   |     |  |  |
| □近くに在宅サービス事業者がなくその利用が困難                             |                                           |                  | □意思確認が困難                              |                                       |                       |  |                   |     |  |  |
|                                                     |                                           |                  | □希望はしていないが同意している                      |                                       |                       |  |                   |     |  |  |
|                                                     |                                           |                  | □同意している □強く望んでいる                      |                                       |                       |  |                   |     |  |  |
| 【特記事項】                                              |                                           |                  |                                       |                                       |                       |  |                   |     |  |  |

|               |                      |                     |  |
|---------------|----------------------|---------------------|--|
| 施設<br>記入<br>欄 | 年<br>月<br>日<br>(記入日) | 医療の必要性              |  |
|               |                      | 同居以外の親族<br>や援護者の有無  |  |
|               |                      | 在宅介護の可能性<br>・介護者の事情 |  |
|               |                      | 家族の<br>介護負担感        |  |
|               |                      | 住環境の状況              |  |
|               |                      | その他                 |  |

| 入所申込書受付日      |                      | 年 月 日         |                                   | 受付番号        |                   | 入所日              |    | 年 月 日 |  |
|---------------|----------------------|---------------|-----------------------------------|-------------|-------------------|------------------|----|-------|--|
| 施設<br>記入<br>欄 | 年<br>月<br>日<br>(記入日) | 要介護度          | 認知症老人の日常生活自立度                     | 介護者の有無      | 在宅サービスの利用率        | 地域性              | 合計 |       |  |
|               |                      | 1・2・<br>3・4・5 | I・IIa・IIb・IIIa・<br>IIIb・IV・M・該当なし | 単身・<br>介護者有 | %<br>□未利用 □入院・入所中 | 同一市町村<br>圏域内、隣接市 |    |       |  |
|               |                      | 点             |                                   |             | 点                 | 点                | 点  |       |  |
|               |                      | 【評価すべき個別的事項等】 |                                   |             |                   |                  |    |       |  |
|               | 年<br>月<br>日<br>(記入日) | 要介護度          | 認知症老人の日常生活自立度                     | 介護者の有無      | 在宅サービスの利用率        | 地域性              | 合計 |       |  |
|               |                      | 1・2・<br>3・4・5 | I・IIa・IIb・IIIa・<br>IIIb・IV・M・該当なし | 単身・<br>介護者有 | %<br>□未利用 □入院・入所中 | 同一市町村<br>圏域内、隣接市 |    |       |  |
| 点             |                      |               | 点                                 | 点           | 点                 |                  |    |       |  |
| 【評価すべき個別的事項等】 |                      |               |                                   |             |                   |                  |    |       |  |