

申込者(連絡先) 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。

申込日	令和 年 月 日
受付日	令和 年 月 日

〒 :
住所 :
氏名 :
電話 :

特別養護老人ホームに入所したいので、次のとおり申し込みます。

入所希望者の状況	申し込み先 (入所希望施設)			保 険 者						
	(フリガナ)		性別	被保険者番号						
	氏 名		男・女		要 介 護 度	1	2	3	4	5
	生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日 ( ) 歳	要介護 認定期間	年 月 日 から 年 月 日 まで						
	現 住 所	〒 —								
	現 況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人で暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 特養などの施設や病院に入っている 「施設や病院等に入っている方」は記入して下さい。 ◇施設名又は病院名: _____ ◇所在地(市区名のみ) _____ ◇入所又は入院時期: 年 月 から入所・入院している								
	入所を希望する理由(該当するものすべてを選んで下さい)	<b>1. 入所申込ができるのは原則として要介護度3以上の方です。(要介護度1・2の方については、入所を必要とするやむを得ない理由が必要となることから、次の2欄も回答してください。)</b> <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"/> 介護者の身体的・精神的負担が大きく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を求められているが、自宅での介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> その他( ) )  <b>2. 要介護度1・2の方については、以下該当するものを回答してください。</b> <input type="checkbox"/> 認知症である者であって、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる。 <input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られる。 <input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難である。 <input type="checkbox"/> 単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である等により家族等による支援が期待できず、かつ、地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分である。								
	入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 年 月頃までに入所したい								
	医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> その他( ) ) 【現在治療中の病気・特記事項等】								
	申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込む。 <input type="checkbox"/> 他の施設も申し込んでいる、又は今後他の施設も申し込む予定。 ◇既に申し込んでいる他の施設名 ( ) ( ) ( ) ◇今後申し込む予定の他の施設名 ( ) ( ) ( )								
主たる介護者	(フリガナ)		性別	本人との関係						
	氏 名		男・女		生年月日	明・大・昭 年 月 日				
	同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している(住所: )								
	意 見	【介護をしているうえで困っていること等】								



# 入所受付に必要な書類について

- ① 本紙（入所希望者基本調査票・日常生活の状態）
- ② 指定介護老人福祉施設等入所申込書
- ③ 介護保険被保険者証の写し

<連絡先>  
 特別養護老人ホーム高滝神明の里  
 所在地 市原市駒込196-1  
 電話 0436(98)1900

## 入所希望者基本調査票

記入日	年	月	日
-----	---	---	---

氏名				生年月日	年	月	日	年齢	歳
性別	男・女	介護度		期間	～			負担限度額	
住所									
電話番号				携帯番号					
家族等氏名①				電話番号					
住所				携帯番号					
家族等氏名②				電話番号					
住所				携帯番号					

【 生活歴・利用までの経緯 】

【 既往歴 】

【 家族構成 】

【 現症 】

【 主治医 】 病院・医院 先生

【 利用者の現在の状況 】

居宅 ・ 病院 ・ 老人保健施設 ・ 介護療養型医療施設 ・ 他施設 ※いつから \_\_\_\_\_

病院・施設名 ( \_\_\_\_\_ ) 担当 ( \_\_\_\_\_ )

【 居宅ケアマネ 】 【連絡先】

## 日常生活の状態

【 麻痺等の有無 】	ある（ 左上肢 ・ 右上肢 ・ 左下肢 ・ 右下肢 ） ・ ない その他（ ）
【 移動の手段 】	車椅子（ 自走 ・ 介助 ） ・ リクライニング型車椅子 ・ 歩行器 シルバーカー等使用 ・ 自立歩行（ 杖含む ）
【 車椅子への移乗 】	全介助 ・ 起き上がり介助 ・ 立ち上がり介助 見守り ・ 自立
【 寝返り 】	つかまらないでできる ・ 何かにつかまればできる ・ できない
【 座位保持 】	できる ・ 自分の手で支えればできる ・ できない
【 立ち上がり 】	つかまらないでできる ・ 何かにつかまればできる ・ できない
【 食事の状況 】	自立 ・ 半介助 ・ 全介助 ・ 経管栄養 むせる、つまる・・・ 有 ・ 無                      飲み込みが悪い・・・ 有 ・ 無 食事形態    主食 …… ご飯 ・ お粥 ・ ミキサー 副食 …… 普通 ・ 刻み ・ ミキサー
【 整容の状況 】	全介助 ・ 一部介助 ・ 自立
【 更衣の状況 】	全介助 ・ 一部介助 ・ 自立
【 入浴の状況 】	一般浴 ・ 中間浴 ・ 臥床式浴 ・ 清拭 ・ 現在は入浴していない 体は自分で …… 洗う ・ 一部介助 ・ 全介助
【 褥瘡の有無 】	無 ・ 有（      部位：                      ）
【 排泄の状況 】	トイレ ・ ポータブルトイレ ・ リハビリパンツ ・ オムツ 全介助 ・ 一部介助 ・ 自立                      下剤の使用 …… 有 ・ 無
【 視力 】	日常的に支障なし ・ 少し見えている ・ ほとんど見えていない
【 聴力 】	普通 ・ 普通の声はやっと聞こえる ・ 大きな声が聞こえる・聞こえない
【 指示への反応 】	指示が通じる ・ 時々通じる ・ 通じない
【 記憶 ・ 理解 】	・ 毎日の日課を理解することが …… できる ・ できない ・ 生年月日や年齢を答えることが …… できる ・ できない ・ 直前に何をしていたか思い出すが …… 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 ・ 自分の居る場所を答えることが …… できる ・ できない
【 日中の生活 】	よく動いている ・ 座っていることが多い ・ 横になっていることが多い
【 外出の頻度 】	週1回以上 ・ 月1回以上 ・ 月1回未満
【 現在の居宅サービス 】	ショートステイ ・ ヘルパー ・ デイサービス ・ その他（                      ）

行動について、あてはまる番号に一つだけ口内にチェックを付けてください。

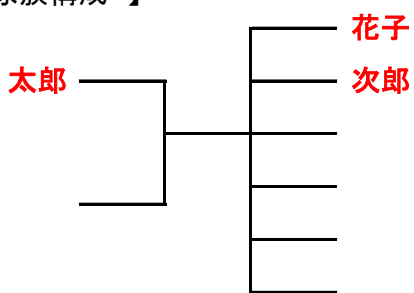
ア 物を取られたなどと被害的になることが	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
イ 作話をし周囲に言いふらすことが	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
ウ 実際にないものが見えたり、聞こえることが	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
エ 泣いたり、笑ったりして感情が不安定になることが	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
オ 夜間不眠あるいは昼夜の逆転が	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
カ 暴言や暴行が	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
キ しつこく同じ話をしたり、不快な音をたてることが	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
ク 大声を出すことが	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
ケ 助言や介護に抵抗することが	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
コ 目的もなく動き回ることが	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
サ 「家に帰る」等と言い落ち着かないことが	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
シ 外出すると病院・家などに1人で戻れなくなることが	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
ス 1人で外に出たがり目が離せないことが	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
セ いろいろな物を集めたり、無断でもってくるものが	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
ソ 火の始末や火元の管理ができないことが	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
タ 物や衣類を壊したり、破いたりすることが	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
チ 不潔な行為を行うことが	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
ツ 食べられないものを口にすることが	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
テ ひどい物忘れ(認知症状態を除く)が	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある

# 入所受付に必要な書類について

- ① 本紙（入所希望者基本調査票・日常生活の状態）
- ② 指定介護老人福祉施設等入所申込書
- ③ 介護保険被保険者証の写し

<連絡先>  
特別養護老人ホーム高滝神明の里  
所在地 市原市駒込196-1  
電話 0436(98)1900

## 入所希望者基本調査票（記入例）

記入日	令和 x 年 xx 月 xx 日						
氏名	高滝 太郎		生年月日	昭和 xx年 xx月 xx日	年齢	xx 歳	
性別	男・女	介護度	x	期間	Hxx. x. xx ~ Rxx. x. xx	負担限度額	x段階
住所	〇〇県〇〇市〇〇xxx-xx						
電話番号	xxxx-xx-xxxx		携帯番号	xxx-xxxx-xxxx			
家族等氏名①	高滝 花子			電話番号	xxxx-xx-xxxx		
住所	〇〇県〇〇市〇〇xxx-xx			携帯番号	xxx-xxxx-xxxx		
家族等氏名②	高滝 次郎			電話番号	xxxx-xx-xxxx		
住所	〇〇県〇〇市〇〇xxx-xx			携帯番号	xxx-xxxx-xxxx		
【 生活歴・利用までの経緯 】							
【 既往歴 】				【 家族構成 】			
【 現症 】							
【 主治医 】 〇〇 病院・医院 〇〇 先生							
【 利用者の現在の状況 】							
居宅 ・ 病院 ・ 老人保健施設 ・ 介護療養型医療施設 ・ 他施設 ※いつから _____							
病院・施設名 ( ) 担当 ( )							
【 居宅ケアマネ 】				【 連絡先 】			

## 日常生活の状態（記入例）

【 麻痺等の有無 】	ある（ 左上肢 ・ 右上肢 ・ 左下肢 ・ 右下肢 ） ・ ない その他（ ）
【 移動の手段 】	車椅子（ 自走 ・ 介助 ） ・ リクライニング型車椅子 ・ 歩行器 シルバーカー等使用 ・ 自立歩行（ 杖含む ）
【 車椅子への移乗 】	全介助 ・ 起き上がり介助 ・ 立ち上がり介助 見守り ・ 自立
【 寝返り 】	つかまらないでできる ・ 何かにつかまればできる ・ できない
【 座位保持 】	できる ・ 自分の手で支えればできる ・ できない
【 立ち上がり 】	つかまらないでできる ・ 何かにつかまればできる ・ できない
【 食事の状況 】	自立 ・ 半介助 ・ 全介助 ・ 経管栄養 むせる、つまる… 有 ・ 無                      飲み込みが悪い… 有 ・ 無 食事形態    主食 … ご飯 ・ お粥 ・ ミキサー 副食 … 普通 ・ 刻み ・ ミキサー
【 整容の状況 】	全介助 ・ 一部介助 ・ 自立
【 更衣の状況 】	全介助 ・ 一部介助 ・ 自立
【 入浴の状況 】	一般浴 ・ 中間浴 ・ 臥床式浴 ・ 清拭 ・ 現在は入浴していない 体は自分で … 洗う ・ 一部介助 ・ 全介助
【 褥瘡の有無 】	無 ・ 有（      部位：                      ）
【 排泄の状況 】	トイレ ・ ポータブルトイレ ・ リハビリパンツ ・ オムツ 全介助 ・ 一部介助 ・ 自立                      下剤の使用 … 有 ・ 無
【 視力 】	日常的に支障なし ・ 少し見えている ・ ほとんど見えていない
【 聴力 】	普通 ・ 普通の声はやっと聞こえる ・ 大きな声が聞こえる・聞こえない
【 指示への反応 】	指示が通じる ・ 時々通じる ・ 通じない
【 記憶 ・ 理解 】	・ 毎日の日課を理解することが … できる ・ できない ・ 生年月日や年齢を答えることが … できる ・ できない ・ 直前に何をしていたか思い出すことが … 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 ・ 自分の居る場所を答えることが … できる ・ できない
【 日中の生活 】	よく動いている ・ 座っていることが多い ・ 横になっていることが多い
【 外出の頻度 】	週1回以上 ・ 月1回以上 ・ 月1回未満
【 現在の居宅サービス 】	ショートステイ ・ ヘルパー ・ デイサービス ・ その他（                      ）

行動について、あてはまる番号に一つだけ口内にチェックを付けてください。

ア 物を取られたなどと被害的になることが	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
イ 作話をし周囲に言いふらすことが	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
ウ 実際にはないものが見えたり、聞こえることが	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
エ 泣いたり、笑ったりして感情が不安定になることが	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
オ 夜間不眠あるいは昼夜の逆転が	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
カ 暴言や暴行が	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
キ しつこく同じ話をしたり、不快な音をたてることが	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
ク 大声を出すことが	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
ケ 助言や介護に抵抗することが	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
コ 目的もなく動き回ることが	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
サ 「家に帰る」等と言い落ち着かないことが	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
シ 外出すると病院・家などに1人で戻れなくなることが	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
ス 1人で外に出たがり目が離せないことが	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
セ いろいろな物を集めたり、無断でもってくるものが	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
ソ 火の始末や火元の管理ができないことが	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
タ 物や衣類を壊したり、破いたりすることが	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
チ 不潔な行為を行うことが	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
ツ 食べられないものを口にすることが	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
テ ひどい物忘れ(認知症状態を除く)が	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある