

提出日 年 月 日

入 所 申 込 書

施設に入所したいので、次のとおり申し込みます。

同意欄	施設入所の円滑化に資するため、入所判定及び入所申込者の状況把握に必要な範囲に限り、当該施設が広島県・保険者市町・担当ケアマネジャー等に対し、入所申込書及び添付書類に記載の個人情報を提供し、また広島県・保険者市町・担当ケアマネジャー等が、当該施設に対して、入所判定に必要な個人情報を提供することに同意します。 年 月 日 名前 (印)
-----	--

申請者 (連絡先)	〒 住所	名前	
		電話	()
		携帯	()
		入所申込者との関係	

入所申込者の状況	フリガナ		性別	保 険 者	
	名前	印	男・女	被 保 険 者 番 号	
	生年月日	年 月 日	要介護状態区分	要介護 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)	
	現住所	〒 住所	要 介 護 認 定 有 効 期 間	年 月 日から 年 月 日まで	
	状 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"/> 老健などの施設や病院に入っている (入所、入院中の方は下記項目にご記入ください) ※施設名または病院名： ※所在地： ※入所又は入院時期： 年 月頃から			
	住環境	<input type="checkbox"/> 車いすを使用しているが、住居の廊下等の構造が適していないため、介護が困難 <input type="checkbox"/> 住居の便所、浴室、階段等の形態や構造が適していないため、介護が困難 <input type="checkbox"/> その他 ()			
	特例入所の理由	<u>〔要介護1又は2の入所申込者のみ記入〕</u> ※施設以外での生活が著しく困難な理由を記載 (認知症・知的障害・精神障害等、単身世帯・同居家族が高齢等により、施設以外では生活が困難な状態であることがわかるように)			
	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・以降) 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"/> 中心静脈栄養 (IVH) <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> じょく瘡 (床ずれ) <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工膀胱 <input type="checkbox"/> その他 ()			
	特養申請状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申請 <input type="checkbox"/> 他の施設にも申請している (申請している施設名：)			
主介護者	フリガナ		性別	入所申込者との関係	
	名前		男・女	生 年 月 日	年 月 日
	同居有無	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 (<input type="checkbox"/> 同一市内 <input type="checkbox"/> 県内市外 <input type="checkbox"/> 県外) <input type="checkbox"/> その他 ()			
その他の介護者	名前	年齢	同居 <input type="checkbox"/> 別居 (<input type="checkbox"/> 同一市内 <input type="checkbox"/> 県内市外 <input type="checkbox"/> 県外)	入所申込者との関係	
	名前	年齢	同居 <input type="checkbox"/> 別居 (<input type="checkbox"/> 同一市内 <input type="checkbox"/> 県内市外 <input type="checkbox"/> 県外)	入所申込者との関係	
	名前	年齢	同居 <input type="checkbox"/> 別居 (<input type="checkbox"/> 同一市内 <input type="checkbox"/> 県内市外 <input type="checkbox"/> 県外)	入所申込者との関係	
	名前	年齢	同居 <input type="checkbox"/> 別居 (<input type="checkbox"/> 同一市内 <input type="checkbox"/> 県内市外 <input type="checkbox"/> 県外)	入所申込者との関係	
	名前	年齢	同居 <input type="checkbox"/> 別居 (<input type="checkbox"/> 同一市内 <input type="checkbox"/> 県内市外 <input type="checkbox"/> 県外)	入所申込者との関係	
	名前	年齢	同居 <input type="checkbox"/> 別居 (<input type="checkbox"/> 同一市内 <input type="checkbox"/> 県内市外 <input type="checkbox"/> 県外)	入所申込者との関係	

調 査 票

記入日	年	月	日	記入者	名前		入所申込者との関係			
					所属名					
					所属住所	〒				
					電話	() -				
入所申込者の状況	フリガナ				生年月日	年 月 日			施設記入欄	
	名前									
	現住所	〒								
	医療状況	現在治療中の病名								
		主治医病院名・病院住所・担当医師名								
在宅サービス利用率	() %	※申込日の属する月の前3月について、〔利用単位合計÷支給限度額合計〕(少数以下四捨五入)により算出								
入所申込者の身体状況	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 全盲 眼鏡使用： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			着脱衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや難聴 <input type="checkbox"/> 難聴 補聴器使用： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			排泄	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> Pトイレ <input type="checkbox"/> オムツ (自立・声かけ誘導・一部介助・全介助)				
	意思疎通	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> ときどき可 <input type="checkbox"/> ほとんど不可 <input type="checkbox"/> 不可			移動	<input type="checkbox"/> 歩行(自力・杖・歩行器) <input type="checkbox"/> 車椅子(自力・介助) <input type="checkbox"/> 不可				
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
	整容	洗面： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 歯磨き： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 入れ歯： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無								
認知症・精神状態等	<input type="checkbox"/> 認知症 有 [認知症高齢者の日常生活自立度： ()] <input type="checkbox"/> 認知症の行動・心理症状(BPSD) 有 <input type="checkbox"/> 精神的障害 有 <input type="checkbox"/> 知的障害 有 ※上記項目に該当がある場合は、下欄に認知症や精神的障害に伴う行動や症状等を具体的に記載 () <input type="checkbox"/> 特になし									
手帳の有無	身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (種 級/障害名：) 療育手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (等級：) 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (等級：)									

介 護 者 の 状 況	<input type="checkbox"/> 介護者が就業等で介護が困難 <input type="checkbox"/> 複数の要介護者がいるため介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護者が要支援状態・高齢等で十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護者が要介護状態・障がい等を有するなど、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護者が病気等により長期入院中で、介護が困難 <input type="checkbox"/> 身寄りや介護者が誰もいない ※該当する状況にチェックしてください（複数回答可）	
	介 護 支 援 専 門 員 等 の 意 見	

※各項目については、原則介護支援専門員、病院・施設の職員等、入所申込者の状況を把握している者が記入すること。