

# 入居申込書

特別養護老人ホーム いこいの森西原  
施設長 唐澤 法子 殿

申込者(施設からの連絡先)

申込日	令和 年 月 日
受付日	令和 年 月 日
受付日担当	

住所	〒
ふりがな	
氏名	入居申込者との関係( )
電話	

\*ご入居を希望される方の状況をお書きください。

ふりがな		性別	
お名前		男・女	
生年月日	大正・昭和 年 月 日 ( )歳	要介護認定期間	平成/令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで

保険者	
被保険者番号	(介護保険資格者証をご添付ください)
要介護度	1・2・3・4・5

現住所	〒	TEL	
-----	---	-----	--

現在の状況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人で暮らしている (当てはまる項目にチェック☑をいれてください) <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 老人保健施設などに入っている 施設や病院に入っている方は記入してください ◇施設または病院名 _____ ◇所在地 _____ ◇入所または入院期間:平成/令和 年 月から入所・入院している
-------	---

入居を希望する理由 (該当するものすべてを選んでください)	<input type="checkbox"/> 介護する者がいないため (当てはまる項目にチェック☑をいれてください) <input type="checkbox"/> 介護する者が『高齢』『障害』『疾病』『認知症』等により十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護する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"/> <b>要介護1又は要介護2</b> の方が入所するためには、下記のいずれかに該当することが必要です。 申込される方の判断で該当と思われる項目に印をつけてください <input type="checkbox"/> 認知症により、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られる <input type="checkbox"/> 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・安心の確保が困難な状態である <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 <input type="checkbox"/> その他( )
----------------------------------	--

認知症の状況	<input type="checkbox"/> 問題なし (当てはまる項目にチェック☑をいれてください) <input type="checkbox"/> 認知症あり <input type="checkbox"/> 物を無くしたり誰かに盗られたりと被害的になる <input type="checkbox"/> 夜間眠らない <input type="checkbox"/> 部屋やトイレがわからないなど家のなかで迷う <input type="checkbox"/> 意思の疎通が困難 <input type="checkbox"/> 電話や留守番での受け答えができなくなった <input type="checkbox"/> 物や衣類を壊したり破いたりする <input type="checkbox"/> 金銭の勘定ができなくなった <input type="checkbox"/> 同じこと何度もいう <input type="checkbox"/> 火の始末や火元の管理ができない <input type="checkbox"/> 意味不明の言動がある <input type="checkbox"/> 食べ物以外を口に入れる <input type="checkbox"/> 大声を上げる <input type="checkbox"/> トイレ以外の場所で排泄する <input type="checkbox"/> 周りの人への暴言や抵抗がある <input type="checkbox"/> 不潔な行為を行う <input type="checkbox"/> その他の症状
--------	--

入居される方のお体の様子	《日常生活》 (当てはまる項目にチェック☑をいれてください)	<input type="checkbox"/> 身の回りのことはだいたい自分で出来て一人で近所へ外出できる <input type="checkbox"/> 家の中で寝たり起きたり自分で過ごせるが、外出時には介助が必要 <input type="checkbox"/> ベッド上で過ごすことが多い、屋内の移動は車椅子等で可能。トイレは自分で行ける <input type="checkbox"/> ベッド上で過ごすことが多い、介助を受けて車椅子で移動。トイレにも介助が必要 <input type="checkbox"/> 一日中ベッド上で過ごし自分では身動きができず、全てにおいて介助が必要
	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 見えない
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 聞こえない(耳がかなり遠い)
	言語	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聞き取りにくい <input type="checkbox"/> しゃべれない
	食事	<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"/> ホータブルトイレ <input type="checkbox"/> いつも、おむつ
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	座位	<input type="checkbox"/> 椅子に座れる <input type="checkbox"/> 椅子に座れない
	着脱衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖や歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子(自操・介助)
	その他	

《医療の対応》 (当てはまる項目にチェック☑をいれてください)	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン <input type="checkbox"/> その他 現在治療中の病気・特記事項等 _____ <input type="checkbox"/> 感染症 あり ( )なし 床ずれ/皮膚の処置 あり ( 部位 )なし かかりつけの先生 _____ 医療機関 _____ 主治医名 _____
---------------------------------	--

入居を希望する時期	<input type="checkbox"/> すぐに入居したい <input type="checkbox"/> 令和 年 月頃までに入居したい <input type="checkbox"/> 特に希望はない(今以上に介護の負担が上がったときに入居したい)
-----------	--

参考項目	他施設への申込	<input type="checkbox"/> 当該施設以外に申込み <input type="checkbox"/> 他の施設も申し込んでいる又は申し込む ◇ 既に申し込んでいる施設名 ( ) ◇ 今後申し込む予定の施設名 ( )
	ケアマネージャー	事業所 _____ 担当ケアマネ _____

説明確認欄	私は、入居申込に際し、入居申し込みから入居契約までの入居決定方法について、施設の職員から説明を受けました。 令和 年 月 日 氏名 _____ 印
-------	---

同意書	1 入居申込者および家族の状況把握を行うために、個人情報の取り扱いについて市町村。担当ケアマネージャー、他の介護保険施設等からの情報収集を施設が行うことに同意します。 2 入居待機順位は、施設入居基準により、随時評価され、状況に応じて変動するものであることを了承致します。 令和 年 月 日 (ご本人又は入居契約の際の代理人) 氏名 _____ 印 ご本人との続柄 ( )
-----	--

\*申込後に、介護度や入院先・入所先の変更等、大きな変化がありましたらご連絡ください。