

有効期限

令和7年9月30日

様式1  
(表面)  
事業所名

## 入所申込書

地域密着型特別養護老人ホーム 桜ヶ丘

申込年月日		年 月 日	受付番号	※施設記入				
入所 申込 者	フリガナ			<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 天保 <input type="checkbox"/> 文政 <input type="checkbox"/> 寛政 <input type="checkbox"/> 元禄 <input type="checkbox"/> 享和		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
	氏名			年 月 日 ( 歳)				
	住所	〒 ( - )		連絡先	( )			
	介護保険 情報	介護認定	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 申請(更新・変更)中		要介護度	<input type="checkbox"/> 要1 <input type="checkbox"/> 要2 <input type="checkbox"/> 要3 <input type="checkbox"/> 要4 <input type="checkbox"/> 要5		
		保険者番号			被保険者番号			
認定有効期間		年 月 日 ~ 年 月 日						
現在の 住居	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> サービス月高齢者向け住宅 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 病院・有床診療所・介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> その他 ( )							
	年 月頃より		施設名等【 ( ) 】					
家 族 ・ 申 込 者	フリガナ			続柄				
	氏名			備考				
	住所	〒 ( - )		連絡先	( )			
	その他の 連絡先	フリガナ			続柄			
		氏名			連絡先	( )		
	フリガナ			続柄				
	氏名			連絡先	( )			
居 宅 介 護 支 援 事 業 者	事業所名			フリガナ				
				担当者氏名				
	連絡先	( )	備考					
他 施 設 の 申 込 状 況	施設名1			申込 <input type="checkbox"/> 予定 <input type="checkbox"/> 済 (申込時期 年 月頃)				
	施設名2			申込 <input type="checkbox"/> 予定 <input type="checkbox"/> 済 (申込時期 年 月頃)				
	施設名3			申込 <input type="checkbox"/> 予定 <input type="checkbox"/> 済 (申込時期 年 月頃)				
入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 年 月頃入所したい							

**【特例入所に関する事項】**

「要介護1」又は「要介護2」の場合は該当する項目にチェックしてください。

- 認知症であって、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。
- 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
- 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。
- 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。
- その他（内容を具体的に記入してください。）

**【説明確認及び同意欄】**

**次の事項について施設から説明を受けました。**

- ① 入所申込から契約までに必要な手続き及び入所にあたっての注意事項。
- ② 入所申込者の入所優先順位決定方法。
- ③ 申込書の内容に変化があった場合は、施設に連絡すること。
- ④ 原則、要介護3以上が入所要件であり、特段の事情が無い限り要介護1、2では入所できないこと。

**次の事項について同意します。**

- ① 入所が可能になったにもかかわらず、自己都合により入所を辞退した場合に、入所優先順位名簿から削除されること。
- ② 入所申込後の入所の意思確認に応じられなかった場合に、入所優先順位名簿から削除されること。
- ③ 優先入所制度の適正な運用及び入所申込状況の把握等のために、この申込書及び調査票の内容を行政機関等の求めに応じて提供すること。
- ④ 上記に記入している申込み済（予定）の施設間において、この申込書の内容及び調査票の内容を相互に提供すること。

年 月 日 氏名 \_\_\_\_\_ 印 続柄 ( \_\_\_\_\_ )

**【施設記入欄】**

受付年月日	年 月 日	
受付担当者名	職種	<input type="checkbox"/> 施設長 <input type="checkbox"/> 相談員 <input type="checkbox"/> ケアマネ <input type="checkbox"/> その他 ( )
備考		

調 査 票

地域密着型特別養護老人ホーム 桜ヶ丘

年 月 日調査

申込年月日		年 月 日		受付番号	
フリガナ				<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 生年月日 年 月 日 ( 歳)	
申込者氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			
本人の状況	介護認定	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 申請(更新・変更)中		被保険者番号	
	要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5			
	認定有効期間	年 月 日 ~		年 月 日	
	認知症日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M			
	行動心理症状	<input type="checkbox"/> 常時ある <input type="checkbox"/> 随時ある <input type="checkbox"/> なし			
身体障害者手帳・原爆手帳等の有無	<input type="checkbox"/> (級) <input type="checkbox"/> なし				
サービスの利用状況	住居	年 月頃より施設名等【 】住居種別番号(裏面より選択)【 】			
	居宅介護サービス等の利用状況 サービス別単位 年月利用 包括単位	<input type="checkbox"/> 訪問介護 _____ 単位 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 _____ 単位 <input type="checkbox"/> 訪問介護 _____ 単位 <input type="checkbox"/> 訪問リハ _____ 単位 <input type="checkbox"/> 通所介護 _____ 単位 <input type="checkbox"/> 通所リハ _____ 単位 <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 _____ 単位 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 _____ 単位 <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問看護 _____ 単位 <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 _____ 単位	(上記単位合計) _____ 単位 ÷ 要介護1~5の区分支給限度基準額の平均 = _____ 割		
		<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 複合型サービス <input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 <input type="checkbox"/> 上記サービスの利用頻度 <input type="checkbox"/> 週5日以上 <input type="checkbox"/> 週3~4日 <input type="checkbox"/> 週2日以下			
		フリガナ _____ <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 氏名 _____ <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 続柄 _____ 年齢 _____ 歳 住所 〒 _____	家族の構成		
介護者等の状況	介護者2	フリガナ _____ <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 氏名 _____ <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 続柄 _____ 年齢 _____ 歳 住所 〒 _____			
	主たる介護者の状況 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 複数介護 <input type="checkbox"/> 育児 <input type="checkbox"/> 就労 他の介護協力の有無 <input type="checkbox"/> ほとんど無し <input type="checkbox"/> 随時あり <input type="checkbox"/> 常時あり				
特記事項	家族等の介護拒否	<input type="checkbox"/> 理由:			
	遠距離介護	<input type="checkbox"/> 理由:			
	長期にわたる介護	<input type="checkbox"/> 理由:			
	施設等からの退所	<input type="checkbox"/> 理由:			
	住環境問題	<input type="checkbox"/> 理由:			
	経済的理由による居宅サービス利用状況	<input type="checkbox"/> 理由:			
	経済的理由により入所先が限定	<input type="checkbox"/> 理由:			
	在宅における医療的措置	<input type="checkbox"/> 理由:			
	点数化できない認知症	<input type="checkbox"/> 理由:			
	知的障害・精神障害等	<input type="checkbox"/> 理由:			
居住地域の介護サービスが不十分	<input type="checkbox"/> 理由:				
介護負担が大きい	<input type="checkbox"/> 理由:				
その他	<input type="checkbox"/> 理由:				
備考					
調査担当者名			職種	<input type="checkbox"/> 施設長 <input type="checkbox"/> 相談員 <input type="checkbox"/> ケアマネ <input type="checkbox"/> その他 ( )	
受付担当者名			職種	<input type="checkbox"/> 施設長 <input type="checkbox"/> 相談員 <input type="checkbox"/> ケアマネ <input type="checkbox"/> その他 ( )	

住居種別

1. 自宅
2. 養護老人ホーム (特定施設入居者生活介護を除く。)
3. // (特定施設入居者生活介護 (外部サービス利用型を除く。))
4. // (外部サービス利用型特定施設入居者生活保護)
5. 軽費老人ホーム (特定施設入居者生活介護を除く。)
6. // (特定施設入居者生活介護 (外部サービス利用型を除く。))
7. // (外部サービス利用型特定施設入居者生活保護)
8. 有料老人ホーム (特定施設入居者生活介護を除く。)
9. // (特定施設入居者生活介護 (外部サービス利用型を除く。))
10. // (外部サービス利用型特定施設入居者生活保護)
11. サービス付き高齢者向け住宅 (特定施設入居者生活介護を除く。)
12. // (特定施設入居者生活介護 (外部サービス利用型を除く。))
13. // (外部サービス利用型特定施設入居者生活保護)
14. 特別養護老人ホーム
15. 介護老人保健施設
16. グループホーム
17. 病院
18. 有床診療所
19. 介護療養型医療施設
20. その他

## 調査票別表

利用者様氏名		生年月日				
近況の経過	(介護が必要になった経緯など)					
医療面の情報	かかりつけ病院		主治医			
	現病歴/既往歴					
	該当する医療行為	<input type="checkbox"/> 点滴	<input type="checkbox"/> 中心静脈	<input type="checkbox"/> 気管切開	<input type="checkbox"/> 吸引	<input type="checkbox"/> 鼻腔栄養
	<input type="checkbox"/> 経管栄養（胃瘻）	<input type="checkbox"/> 褥瘡の処置	<input type="checkbox"/> カテーテル	<input type="checkbox"/> 透析	<input type="checkbox"/> 酸素療法	<input type="checkbox"/> ストーマ
身体の状況	(現在の介護が必要な状況)					
認知症の症状	(現在の認知症の症状など)					
家族の状況		氏名	続柄	年齢	同居有無	主介護者
	介護者①					
	介護者②					
	介護者③					
ショートステイを利用して入居を待機することについて（長期連続利用）			希望する ・ 希望しません			
自由記述						

※日々の介護でお困りなどあれば自由記述欄にご記載ください。