

## 入所申し込みに関する留意事項

### < 1 > 申込書の記入について

- ① **様式1** 「特別養護老人ホーム入所申込書」の記入について  
入所申込書の記載については、入所決定後に保証人になられる方がご記入ください。  
もし、保証人となられる方が身体上の都合等により、ご記入できない場合は担当の介護支援専門員がご記入してもかまいません。
- ② **様式2** 「入所申込調査票」の記入について  
調査票の記載については、主たる介護支援専門員の記入となります。
- ③ **様式3** 「介護支援専門員意見書」の記入について  
意見書の記載については、主たる介護支援専門員の記入となります。

### < 2 > 入所申込について

- ①入所申込書 **様式1** **様式2** **様式3**をセットにして、当施設まで提出してください。  
提出は保証人、代理の方(主たる介護支援専門員も可)、または郵送でもかまいません。
- ②入所申込書を受理した場合は、当施設で必要事項を記入の後、コピーをお渡しいたしますので、保証人となられる方は大切に保管して下さい。
- ③申し込みの受付は原則として介護認定を受けられた方とします。

### < 3 > 保証人、介護支援専門員への連絡事項

- ①要介護度・状態等が変わった場合はその都度、当施設までご連絡ください。  
(入所の順番に大きく関係してきます。)
- ②他施設への入所などで、当施設への入所申込を取り消す場合は、当施設よりお渡しした入申込書(コピー)を必ずご返送ください。(郵送可)
- ③上記の他、ご不明な点などございましたらお気軽にご連絡ください。

お問合せ先  
社会福祉法人正和会  
地域密着型特別養護老人ホームたんちょう  
担当：生活相談員 和泉周太郎  
TEL：018-872-2520

様式1

地域密着型特別養護老人ホームたんちょう 入所申込書

令和 年 月 日

地域密着型特別養護老人ホームたんちょう  
施設長 あて

申込者氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 ( ) \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

携帯番号 \_\_\_\_\_

貴施設に入所したいので、次のとおり申込いたします。

|                                       |             |  |     |     |       |      |              |       |   |   |        |             |  |
|---------------------------------------|-------------|--|-----|-----|-------|------|--------------|-------|---|---|--------|-------------|--|
| 入<br>所<br>対<br>象<br>者                 | 被保険者番号      |  |     |     |       |      |              |       |   |   |        | ※介護保険証コピー添付 |  |
|                                       | フリガナ<br>氏 名 | (※必ずフリガナもご記入ください)                                |     |     |       |      |              |       |   |   |        |             |  |
|                                       | 生年月日        | 1. 明治 2. 大正 3. 昭和                                |     |     |       |      |              |       |   |   | 性<br>別 | 1. 男 2. 女   |  |
|                                       |             | 年  | 月   | 日   |       |      |              |       |   |   |        |             |  |
|                                       | 要介護<br>状態区分 | 介護度 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5<br>( 介護認定申請中 : 申請日 年 月 日 ) |     |     |       |      |              |       |   |   |        |             |  |
|                                       | 認定有効<br>期 間 | 令和   | 年   | 月   | 日     | から   | 区分変更<br>申請月日 | 有 ・ 無 | 日 |   |        |             |  |
|                                       |             | 令和   | 年   | 月   | 日     | まで   |              |       |   | 月 | 日      |             |  |
| 住 所                                   |             |  |     |     |       |      |              |       |   |   |        |             |  |
| 電 話                                   | ( F A X )   |  |     |     |       |      |              |       |   |   |        |             |  |
| 家 族 等 の<br>状 況                        | 氏 名         | 続柄   | 年 齢 | 職 業 | 同居・別居 | 連絡先等 |              |       |   |   |        |             |  |
|                                       |             |  |     |     | 同居・別居 |      |              |       |   |   |        |             |  |
|                                       |             |  |     |     | 同居・別居 |      |              |       |   |   |        |             |  |
|                                       |             |  |     |     | 同居・別居 |      |              |       |   |   |        |             |  |
|                                       |             |  |     |     | 同居・別居 |      |              |       |   |   |        |             |  |
| 特例入所者申込理由記入欄 (居宅において日常生活を営むことが困難な理由等) |             |  |     |     |       |      |              |       |   |   |        |             |  |

私は、上記入所申込者の情報について、当施設が市町村介護保険事業計画策定のため  
情報提供を求められた場合には、その使用について同意いたします。

対象者氏名 \_\_\_\_\_ 印

(本人が署名できない場合のみ) 署名代行者 \_\_\_\_\_ 印

申込者氏名 \_\_\_\_\_ 印

(施設記入欄)

|         |          |       |   |
|---------|----------|-------|---|
| 受付 No.  | 令和 年 月 日 | 受付担当者 | 印 |
| 特 記 事 項 |          |       |   |
|         |          |       |   |

様式2

入 所 申 込 調 査 票

|                             |  |   |  |
|-----------------------------|--|---|--|
| 入所対象者名                      |  |   |  |
| 調査年月日                       | 令和 年 月 日   | 調査者氏名   |  |
| 現 状                         | <input type="checkbox"/> 自宅・ <input type="checkbox"/> 病院・ <input type="checkbox"/> 特養・ <input type="checkbox"/> 老健・ <input type="checkbox"/> 療養型・ <input type="checkbox"/> 他施設・ <input type="checkbox"/> 他( )  |   |  |
| 介 護 保 険<br>サ ー ビ ス<br>確 認 欄 | 利用している介護保険サービス<br><input type="checkbox"/> 訪問介護・ <input type="checkbox"/> 訪問入浴・ <input type="checkbox"/> 通所介護・ <input type="checkbox"/> 短期入所・ <input type="checkbox"/> 通所リハ<br><input type="checkbox"/> その他( )   |   |  |
|                             | 調査時点での当月在宅サービス利用単位合計( ) 単位<br>他施設の申込状況(施設名 )   |   |  |
| 健康保険                        |  |   |  |
| 障害者手帳                       | <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 種 級<br>(障害名 )  |   |  |
| 食 事                         | <input type="checkbox"/> 自立・ <input type="checkbox"/> 一部介助・ <input type="checkbox"/> 全介助・ <input type="checkbox"/> 経管栄養  |   | 入れ歯 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 下 |
|                             | 内 容  | 主食 <input type="checkbox"/> 普 通 ・ <input type="checkbox"/> お 粥 ・ <input type="checkbox"/> ミキサー<br>副食 <input type="checkbox"/> 普 通 ・ <input type="checkbox"/> 刻 み ・ <input type="checkbox"/> ミキサー( )<br><input type="checkbox"/> 箸 ・ <input type="checkbox"/> スプーン ・ <input type="checkbox"/> フォーク |  |
| 入 浴                         | <input type="checkbox"/> 自 立・ <input type="checkbox"/> 一部介助・ <input type="checkbox"/> 全介助 ( <input type="checkbox"/> 一般浴・ <input type="checkbox"/> 中間浴・ <input type="checkbox"/> 特 浴 )   |   |  |
| 着 脱 衣                       | <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"/> 一部介助・ <input type="checkbox"/> 全介助・ <input type="checkbox"/> 尿カテーテル<br>排泄状況 ( <input type="checkbox"/> 便器・ <input type="checkbox"/> 尿器・ <input type="checkbox"/> ポータブル・ <input type="checkbox"/> おむつ・ <input type="checkbox"/> 紙パンツ・パッド )<br>下剤の服用 ( 有・無 ) / 便 日 回 / 失禁 ( 有・無 ) |   |  |
| 移 動                         | <input type="checkbox"/> 自 立・ <input type="checkbox"/> 一部介助・ <input type="checkbox"/> 全介助<br>歩行状態 ( <input type="checkbox"/> 自力歩行・ <input type="checkbox"/> 杖歩行・ <input type="checkbox"/> 立位不可 )<br>移動器具の使用 ( <input type="checkbox"/> 歩行器・ <input type="checkbox"/> 老人車・ <input type="checkbox"/> 車椅子 )<br>(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 )<br>(状況 )   |   |  |
| 聴 力                         | <input type="checkbox"/> 普通・ <input type="checkbox"/> 大声で聞こえる・ <input type="checkbox"/> 難聴 / 補聴器使用 ( <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 )<br>(状況 )   |   |  |
| 言語・会話                       | <input type="checkbox"/> 普通・ <input type="checkbox"/> 不明瞭・ <input type="checkbox"/> 失語・ <input type="checkbox"/> 会話不能  |   |  |
| 認 知 症 等                     | <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ( 重度・中度・軽度 )<br>問題行動 ( <input type="checkbox"/> 失見当識・ <input type="checkbox"/> 記憶障害・ <input type="checkbox"/> その他 )<br>(状況 )   |   |  |
| 薬 の 服 用                     | <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (薬名等 )   |   |  |
| 既 往 歴                       | 昭・平・令 年 月 (頃)  |   |  |
|                             | 昭・平・令 年 月 (頃)  |   |  |
|                             | 昭・平・令 年 月 (頃)  |   |  |
|                             | 昭・平・令 年 月 (頃)  |   |  |

|        |  |
|--------|--|
| 【特記事項】 |  |
|--------|--|

## 様式3

## 介護支援専門員意見書

入所申込者名

## 1. 本人の状況

| 要 介 護 度 | 要介護5 | 要介護4 | 要介護3 | 要介護2～1 |
|---------|------|------|------|--------|
|---------|------|------|------|--------|

| 認知症による不適切行動 | 非常に多い | やや多い | 少しあり | なし |
|-------------|-------|------|------|----|
|-------------|-------|------|------|----|

## 2. 在宅サービス利用度

| 居宅サービス<br>利用限度額の割合 | 60%以上 | 50%以上 | 30%以上 | 30%未満 |
|--------------------|-------|-------|-------|-------|
|--------------------|-------|-------|-------|-------|

## 3. 主たる介護者・家族等の状況

|                |   |
|----------------|---|
| ① 世帯状況         | <input type="checkbox"/> 独 居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> そ の 他                                  |
| ② 介護者の性別・年齢・続柄 | <input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女      歳（本人からみた続柄      ）   |
| ③ 介護者の介護負担     | <input type="checkbox"/> 重い <input type="checkbox"/> やや重い <input type="checkbox"/> 軽い <input type="checkbox"/> 負担なし         |
| ④ 介護者の病気や障害    | <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有（      ）  |
| ⑤ 介護者の就労       | <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有（職種等      日/週・      時間/日）   |
| ⑥ 他の要介護者       | <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有（要支援・要介護 1・2・3・4・5）   |
| ⑦ 介護者が育児・家族が病気 | <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有（      ）  |
| ⑧ 介護者の介護の関わり方  | <input type="checkbox"/> 介護拒否・ <input type="checkbox"/> 非常に消極的・ <input type="checkbox"/> やや消極的・ <input type="checkbox"/> 普通 |
| ⑨ 他の同居介護補助者    | <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有（続柄      ）      日/週程度   |
| ⑩ 別居血縁者介護協力    | <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有（続柄      ）      日/週程度   |
| ⑪ 近隣者等の介護協力    | <input type="checkbox"/> ほとんどなし <input type="checkbox"/> 随時あり <input type="checkbox"/> 常時あり                                 |

## 4. 特記事項及び意見

意見書作成日 令和      年      月      日

意見書作成者      印

支援事業者名      \_\_\_\_\_

住 所      \_\_\_\_\_

電 話      \_\_\_\_\_