

地域密着型介護老人福祉施設 入所申込書

令和 年 月 日

ケアコンプレックス寺内
施設長 あて

申込者氏名 続柄 ()
住 所
電 話 番 号

貴施設に入所したいので、次の通り申込み致します。

入 所 対 象 者	被保険者番号											※介護保険証でご確認ください
	フリガナ 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			性別	1. 男 2. 女						
		年	月	日								
	要介護 状態区分	要介護度 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 (介護認定申請中 : 申請日 年 月 日)										
	認定有効 期 間	令和	年	月	日	から						
		年	月	日	まで							
住 所												
電話番号	()				FAX番号	()						
家族等の 状況	氏名	続柄	年齢	職業	同居・別居	別居先の電話等						
特例入所申込理由記載欄 (居宅において日常生活を営むことが困難な理由等)												

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

対象者名 印
申込者名 印

(施設記入欄) 【受付No. _____】

受付年月日	令和 年 月 日	受付者氏名	印
特記事項			

様式 2

入 所 申 込 調 査 票

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"/> その他 ()		
介護保険サービス 確認欄	利用している介護保険サービス <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 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	調査時点での在宅サービスの利用単位数 () 単位) 他施設申込み状況 ()		
健康保険	種 別	年金等	種 別
障害手帳等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (手帳の種類、障害名判定 () 級、その他 ())		
食 事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 入れ歯 ()		
	内容	主食 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> ミキサー 食事制限 () 副食 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 細食 <input type="checkbox"/> ミキサー () <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 (特浴・中間浴・一般浴・夜間浴)		
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 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"/> オムツ等) 下剤服用 (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 歩行状況 (<input type="checkbox"/> 自力歩行 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 立位不可) 移動器具の使用 (<input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 老人カー <input type="checkbox"/> 車椅子等 (状況 ())		
視 力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 全盲 (老眼鏡使用 有・無) (状況 ())		
聴 力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 大声で聞こえる <input type="checkbox"/> 難聴 (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		
認知症状等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (軽度・中度・重度) 症状 (<input type="checkbox"/> 失見当識 <input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> その他 () (状況 ())		
薬の服用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (薬名等 ())		
既往歴	昭・平 年 月 (頃)		
	昭・平 年 月 (頃)		
	昭・平 年 月 (頃)		

【特記事項】

別紙1

入所申込者評価基準

1. 本人の状況の評価（最高点：30点）

評価項目	15点	10点	5点	1点
要介護度	5	4	3	2～1

評価項目	15点	10点	5点	1点
認知症による不適応行動	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（最高点：15点）

評価項目	15点	10点	5点	1点
在宅サービス利用限度額割合	60%以上	50%以上	30%以上	30%未満

※老健、療養型等他の施設を利用中においては、〇〇点とする。

3. 主たる介護者・家族等の状況の評価（最高点：45点）

No.	評価項目	5点	4点	3点	1点
①	主たる介護者の年齢	70歳以上	60歳以上	60歳未満	—
②	介護者の介護負担	重い	やや重い	軽い	なし
③	介護者の障害や疾病	介護困難	多少介護	介護可能	なし
④	介護者の就労	8時間以上 高齢で就労不能	4～8時間	4時間未満	なし
⑤	介護者が育児、家族が病気	常時の育児看病	半日育児・看病	随時育児・看病	なし
⑥	介護者の介護の関わり方	介護拒否	非常に消極的	やや消極的	普通
⑦	他の同居介護補助者	ほとんどなし	随時あり	常時あり	—
⑧	別居血縁者介護協力	ほとんどなし	随時あり	常時あり	—
⑨	近隣者等の介護協力	ほとんどなし	随時あり	常時あり	—

※註1. ひとり暮らし高齢者は、上記にかかわらず①～⑦までで35点とする。高齢者世帯は、⑤について5点とする。

4. 特記事項（最高点：10点）各2点

- | |
|-----------------------------|
| ①医療的処置：膀胱留置カテーテル、経管栄養、酸素療法等 |
| ②住居環境：廊下、階段、便所、浴室等の住宅改修困難等 |
| ③入所待機期間：待機期間が1年以上になっている。 |
| ④長期入院による退所後の再入所 |
| ⑤その他 |