

入 所 申 込 書

申込受付日:令和 年 月 日
担 当 職 員:

申 込 者	フリガナ		続柄	年齢	職業
	氏名				
	住所	〒	—	電話①	— —
				電話②	— —

そ の 他 家 族	フリガナ		続柄	年齢	職業
	氏名				
	住所	〒	—	電話①	— —
				電話②	— —

入居を希望するのは、(☐多床室・☐ユニット型)です。
※どちらでもよろしい場合は、第1希望・第2希望が分かるように記入してください。

希 望 者	フリガナ		生年月日	大正・昭和 年 月 日(歳)	性別
	氏名				男・女
	住所	〒 —			

介護認定	申請(更新・変更)中 ・ 済	被保険者番号	
要介護度	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5	認定期間	令和 年 月 日～令和 年 月 日
居宅介護支援事業所		担当ケアマネージャー	

希望者は ☐自宅にいる ☐施設に入居している ☐病院へ入院している

入 院 ・ 入 居 先	施設名		施設種別	
	入院・入居期間	年 月 日 ～		
	入院・入居理由:			

在 宅 サ ー ビ ス 利 用 状 況	☐ なし(病院へ入院・施設へ入居している)
	☐ 通所系サービス(デイサービス・デイケア)事業所名:
	☐ 訪問系サービス(ホームヘルパー・訪問看護)事業所名:
	☐ 短期入所生活介護(ショートステイ)事業所名:

医療に関する状況

医 療 処 置	☐ なし ☐ 経管栄養 ☐ 胃瘻 ☐ 酸素療法 ☐ インシュリン注射 ☐ 人工肛門 ☐ 人工肛門膀胱カテーテル		
	☐ その他:		
病 歴	かかりつけ医療機関:		主治医:

入居希望理由

※複数回答可 あてはまる□にチェックしてください

☐ 介護者がいない	☒ 介護者が	☐ 長期入院	☐ 別居	☐ 遠方に在住	☐ その他:
☐ 介護者はいるが、十分な介護が出来ない	☒ 介護者が	☐ 高齢	☐ 病気療養中	☐ 障がいがある	
☐ 介護にあたる時間を十分に確保できない	☐ 就労	☐ 他に介護をしている	☐ 育児	☐ その他:	
☐ 居住環境により、在宅での生活が困難である					
☐ 上記以外の理由で介護を行うことができない					
理由:					

特列入所該当理由(要介護1~2の方)は、こちらもチェックしてください

☐ 認知症・知的障害・精神障害等により常時の見守り・介護が必要
☐ 介護者がなく、かつ、地域での介護サービスや生活支援が十分でない
☐ 介護者が、高齢、疾病、育児、就労、別居等のため介護が困難であり、かつ、地域での介護サービスや生活支援が十分でない

入居希望者の身体状況

※あてはまる□にチェックしてください

食事	摂取方法	☐ 自立	☐ 見守り	☐ 一部介助	☐ 全介助
	嚥下	☐ むせない	☐ 時々むせる	☐ 毎回むせる	
移動	移動状態	☐ 自立	☐ 見守り	☐ 一部介助	☐ 全介助
	移動補助具	☐ なし	☐ 杖	☐ 老人車	☐ 歩行器 ☐ 車椅子
排泄	排泄状態	☐ 自立	☐ 見守り	☐ 一部介助	☐ 全介助
	尿便意	☐ あり	☐ 曖昧	☐ なし	
その他	視力	☐ 見える	☐ 見えにくい	☐ 見えない	☐ 眼鏡
	聴力	☐ 聞こえる	☐ 聞こえにくい	☐ 聞こえない	☐ 補聴器
	意思疎通	☐ 可能	☐ ある程度可能	☐ 相づち程度	☐ 不可能
認知症の症状	☐ なし ☐ あり ※以下の項目であてはまる□にチェックしてください(複数回答可)				
	☐ 物忘れがある	☐ 帰宅願望や徘徊がある			
	☐ 暴言や暴力、介護抵抗がある	☐ 夜間不眠や昼夜逆転がある			
	☐ 不潔行為や異食行為がある	☐ 幻聴や幻覚、被害妄想がある			
	☐ 感情が不安定になる	☐ 大声や奇声を発する			
	☐ 物を集めてしまい込む	☐ 火や水の管理が難しくなっている			
	☐ その他				

申込状況

他の施設に	☐ 申し込んでいる	☐ これから申し込む	☐ 申し込んでいない
他の施設の名前:			

備考	

【同意書】

・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について同意します。			
・入居可能な案内があったにもかかわらず、自己都合により入居を辞退した場合は、入居者名簿から削除または保留されることに同意します。			
・入居制度の適正な運用のため、この申込書及びそれから作成した資料等を行政機関等の求めに応じて提供することに同意します。			
・施設が居宅介護支援事業者、入居施設へ入居希望者の状況について確認することに同意します。			
令和	年	月	日
氏名		印	続柄