

管理No.	QMS-7200	契約管理規定	発行元	品質管理室
初版発行日	2001. 12. 01	様式-7205 介護老人福祉施設入所申し込み書 (1)	ページ数	1/2
版数・発行日	1 2001. 12. 01		軽微改定	2015. 02. 01

## 特別養護老人ホーム悠々居入所申し込み書

特別養護老人ホーム  
施設長 吉岡 暁

申請する方の名前等をご記入ください。介護保険情報は保険者番号、期間をお願いします。

施設長	生活相談員

入所希望者(申し込み) 受付年月日:令和 4年 12月 12日

フリガナ	ユウユウ タロウ	保 険 者	竹田市
氏 名	悠々 太郎	被保険者番号	0123456789
生 年 月 日	昭和 10年10月10日 ( 87 歳)	要 介 護 度	支1 支2 1 2 3 4 ⑤
性 別	①男・女 認定有効期間	令和 4年 10月 10日 ~ 令和 5年 10月 10日	
現 住 所	〒878-0007 大分県竹田市大字三宅1763-1 電話番号 0974( 63 )3201		

〔必要添付書類〕

- 介護保険証、障害者手帳
- 基本情報等 (連

キーパーソンの方の名前等をご記入ください。普段連絡が取りやすい番号を記入してください。

サマリー(病院等)のサービス利用票(写) 及び別表(写)

申し込み代理人(申込者が本人でない場合は、下の欄にお書きください。)

氏 名	悠々 花子	入所希望者との続柄	妻
住 所	〒878-0007 大分県竹田市大字三宅1763-1 電話番号 0974( 63 )3201		

上記入所希望者について、介護保険法に基づき要介護の認定を受けましたので、この入所申し込み書により入所を希望いたします。

なお、入所の為の待機期間がある場合は、速やかに貴施設に連絡いたします。

該当するもの項目はすべてチェックを入れてください。

希 望 事 項	時期	<input type="checkbox"/> 早急 <input type="checkbox"/> 平成 年 月以降 申込予定: <input checked="" type="checkbox"/> 貴施設のみ <input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込む ヶ所(予定)	
	申込理由(入所を急ぐ理由)	<input checked="" type="checkbox"/> 1 施設入所により安心した生活を送りたい。 <input type="checkbox"/> 2 寝たきりなどにより、食事、排せつ、入浴等日常生活全般に介助が必要 <input checked="" type="checkbox"/> 3 認知症などにより常時の見守り、介護が必要 <input type="checkbox"/> 4 施設や病院等から退所を求められているが、自宅での生活が困難 <input checked="" type="checkbox"/> 5 介護者がいない、介護者が入院等で介護ができない <input type="checkbox"/> 6 介護者が、高齢、疾病、育児、就労、別居等のため、介護が困難 <input type="checkbox"/> 7 利用したい在宅サービスが十分でない(夜間帯等) <input type="checkbox"/> 8 介護保険の限度額を超える等、経済的負担が大きい <input type="checkbox"/> 9 住宅が介護に適さない(狭い、改修不可等)	
同 意 書	入所希望者の同意	個人情報の使用についての同意書です。病院や居宅事業所との情報交換が必要になりますので同意願います。	
令和 4年 10月 10日		氏名	悠々花子 (印) 印及びサイン

管理No.	QMS-7200	契約管理規定	発行元	品質管理室
初版発行日	2001.12.01	様式-7205 介護老人福祉施設入所申		
版数・発行日	1 2001.12.01			

調査票 記入

今の健康状態や生活状況をわかる範囲で結構ですので現況～住環までの項目を記入してください。

現況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input checked="" type="checkbox"/> 家族同居 <input type="checkbox"/> 入院中(病院名 ) ) ) ・継続中の入院又は入所開始日 : 年 年 年 ・申込日時の入院、入所等の期間( 年 年 月)			
生活状況	移動	歩行 杖 歩行器 手押し 車椅子( )	介助	自立 見守り 一部介助 全介助
	食事	主) 普通 粥食 ミキサー ( 箸・スプーン )	介助	自立 見守り 一部介助 全介助
		副) 普通 一口大 キザミ 極キザミ ミキサー		
	排泄	日中) トイレ Pトイレ 尿器 パット リハバン オムツ	介助	自立 見守り 一部介助 全介助
		夜間) トイレ Pトイレ 尿器 パット リハバン オムツ		
入浴	一般浴 浴中EV 機械浴 シャワー浴	介助	自立 見守り 一部介助 全介助	
衣服着脱	介助 自立 見守り 一部介助 全介助 その他			
身体状況	視力	普通 見えにくい 見えない 【眼鏡】 有 無		
	聴力	普通 やや聴こえにくい 聞こえにくい 聴こえない( 右・左 ) 【補聴器】 有 無		
	発語	普通 やや不明瞭 不明瞭 なし		
	認知症	無 有( ) 理解力 普通 わかりにくい わからない		
	精神面	安定 不安定 その他(幻覚、幻聴等 )		
健康状態	病名(病歴)	糖尿病 認知症 脳梗塞		
	主治医	山田医師会病院	TEL0974-00-0000	
	医療状況	胃瘻 鼻腔 その他経管( )カテーテル ストマ インシュリン 在宅酸素 その他( )		
	感染症	無 有( )	アレルギー	無 有(さば )
	拘縮	無 有( )	麻痺	無 有(右半身麻痺 )
	皮膚刺激	普通 弱い	褥瘡	無 有( )
	湿疹	無 有( )	便秘	無 有( 服薬 有 無 ) 浣腸
	睡眠	良 不良(服薬 有 無 )	嚥下	異常なし むせる 詰める
入れ歯	無 有【 上(総 部分) 下(総 部分) 】	口腔清拭	要 不要	
介護の状況	主たる介護者氏名	悠々 花子	年齢 84 歳	性別 男 女 続柄 妻
	就労状況	就業中 共働き 育児 その他( )		
	介護期間	令和4年 5月頃から	その他の介護者	無 有( 名)
	窓口相談	無・有( <input type="checkbox"/> 介護事業所 <input type="checkbox"/> 役所 <input type="checkbox"/> 在宅介護支援センター <input type="checkbox"/> 包括支援センター <input type="checkbox"/> その他 ) 居宅介護支援事業所(悠々居ケアプランセンター ) ケアマネ( 山田 二郎 ) 病院( ) 相談員( )		
住環	区分	持家 借家	住宅改修	可 不可 改修済み( )
	立地等	在宅サービス利用に問題点 無 有 (送迎・訪問・その他 )		
【介護上の悩み・困っていること・その他情報等】 ※別紙にてお書き頂いても構いません。				