様式1

指定介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）入所申込書

申込日　令和　　年　　月　　日

指定介護老人福祉施設：特別養護老人ホーム　青山和敬荘　施設長　様

□　青山（第　　希望）

□　岩手（第　　希望）

↑申し込みを希望される施設に☑と希望順位をご記入下さい。

申込者
□ご本人
□ご家族
□代理人

住所	〒　－		
ふりがな		本人との続柄	
氏名			
電話番号			

次の者が貴施設に入所したいので申し込みます。　　（ 関係機関への問い合わせ　可　・　否 ）

ふりがな				性　別	□男　□女	年齢	歳
ご本人の氏名				生年月日	大正・昭和　年　月　日		
本人の現住所	〒　－			電話番号	（　　）		
郵便等の送付先	□同上	□上記以外	住所	〒			
要介護認定状況	被保険者番号（右詰め）				保険者（市町村）		
	要介護度	□要介護1　□要介護2　※市町村への照会：　年　月　日　結果：□可　□不可					
		□要介護3　□要介護4　□要介護5					
	認定期間	令和　年　月　日　～　令和　年　月　日					
主たる介護者の状況	ふりがな			性別	□男　□女	続柄	
	氏名			生年月日	大正 昭和 平成　年　月　日	年齢	歳
	居住状況	□同居	□別居（住所　　）				
	疾病	□あり（具体的な症状や治療の頻度				□なし	
	就労	□働いている	□自営業　□会社等勤務（□常勤　□パート等）　□その他（　　）				
		□働いていない（□介護に専念　□高齢　□健康不安　□その他（　　）					
	複数介護	□申込者以外の介護や育児あり（具体的に：　　）				□なし	
指定居宅介護サービス	□指定居宅サービスを利用している（ただし、福祉用具貸与は除く）　□利用していない						
	□訪問介護　□訪問入浴　□訪問看護　□訪問リハビリ　□通所介護　□通所リハビリ　□短期入所						
	上記サービスの週当たりの利用日数	□1～2日　□3～4日　□5～7日					
住居環境	住居形態	□戸建住宅（□平屋□2階建）	□アパート・マンション（　階／エレベーター　□有　□無　）				
	介護環境	特記事項（トイレや浴室、段差等）					
退院・退所後の在宅生活	病院名施設名		電話番号		入院等の時期（ 令和　年　月頃 ）		
	退院等の見込み	□退院(所)を勧められている	□退院(所)したい（□病気が治った □金銭負担が重い ）				
	在宅生活困難理由						
特筆すべき事項（特例入所の要件関連）	□認知症があり、日常生活に支障を来している	□知的障がい、精神障がい等を伴い、日常生活に支障を来している	□家族等による深刻な虐待が疑われる	□単身世帯等で家族等による支援が期待できない			
	□上記で、重度（認知症自立度がⅢA以上）である			□上記の状態が介護者の急死等で発生			
医療的処置の状況	現病名や既往歴						
	医療的処置の状況	□経管栄養　□たんの吸引　□人工肛門　□インスリン注射　□カテーテル留置					
		□酸素療法　□褥瘡　□点滴　□気管切開　□胃瘻　□その他（　　）					
参考事項	居宅介護支援事業所名			担当ケアマネジャー			
	他の施設への申込	□当施設のみに申込み	□他の施設にも申込んでいる	□これから他の施設にも申込む			
		※既に申込んでいる施設名：					
	入所時期の希望	□今すぐにでも入所したい　□1年以内に入所したい　□　年　月頃入所したい					
	健康保険種別		年金種別		障害手帳	有・無	生活保護受給　有・無

負担限度額　□非該当　□該当（　　段階　）　　居室希望　□個室　□多床室　□どちらでも可

注）介護保険の被保険者証をご持参の上、施設に提示ください。

様式3

入所申込者基本情報

特別養護老人ホーム青山和敬荘

1. 本人の状況

現在の居所	☐ 自　宅　☐ 病　院　☐ 介護保険施設（特養・老健・養護・軽費・ケアハウス）　☐ グループホーム		
	☐ 有料老人ホームなど　☐ その他（施設名等：　　）		
サービスの利用状況	☐ 訪問介護（週　回）　☐ 通所介護（週　回）　☐ 訪問リハ（週　回）		
	☐ 訪問看護（週　回）　☐ 通所リハ（週　回）　☐ 短期入所（月　日）		
食事摂取	☐ 自　立　☐ 見守り　☐介 助（一部・全部）	移　動	☐ 自　立　☐ 見守り　☐ 介 助（一部・全部）
	☐ 常　食　☐ きざみ　☐ミキサー		☐ 歩　行　☐ 杖使用　☐ つかまり歩き
	☐ ソフト食　☐ 経管栄養（胃・鼻）		☐ 歩行器　☐ 車いす　☐ 寝たきり
排　泄	☐ 自　立　☐ 見守り　☐ 介 助（一部・全部）	入　浴	☐ 自　立　☐ 見守り　☐ 介 助（一部・全部）
	☐ トイレ　☐ リハパン　☐ おむつ	更　衣	☐ 自　立　☐ 見守り　☐ 介 助（一部・全部）
視　力	☐ 普　通　☐ 支障がある（　　）	言　語	☐ 普　通　☐ 支障がある（　　）
聴　力	☐ 普　通　☐ 支障がある（　　）	意思疎通	☐ 普　通　☐ 支障がある（　　）

2.認知症状等　　（身長：　　cm　体重：　　kg）

認知症の具体的な症状	☐ 認知症（ 重い ・ 軽い ・ なし ）		
	☐ 同じ話を何度もする	☐ すぐ前にあった事を忘れる	☐ 季節や時間の感覚がわからない
	☐ 場所がわからない	☐ 家族の顔がわからない	☐ 知人の顔がわからない
	☐ 食事の仕方がわからない	☐ 排泄の仕方がわからない	☐ 今までしていた事ができなくなる
	☐ 抑うつ状態	☐ 依存傾向にある	☐ 判断能力が低下している
	☐ 昼夜逆転がある	☐ 幻覚症状がある	☐ 妄想的な言動がある
	☐ 会話が成り立たない	☐ 異食・過食がある	☐ 徘徊がある
	☐ 些細なことに興奮する	☐ 介護されることに抵抗する	☐ 攻撃的な行動・言動がある
	☐ 怒りっぽい	☐ 弄便・おむつを外す	☐ その他（　　）

3. 介護者の状況

		家 族 構 成 図
氏名　　男・女	☐同居　☐別居（市町村名：　　）	
続柄（　　）（　　歳）	☐就労（常勤・パート）　☐養育　☐健康状態（　　）	
氏名　　男・女	☐同居　☐別居（市町村名：　　）	
続柄（　　）（　　歳）	☐就労（常勤・パート）　☐養育　☐健康状態（　　）	
氏名　　男・女	☐同居　☐別居（市町村名：　　）	
続柄（　　）（　　歳）	☐就労（常勤・パート）　☐養育　☐健康状態（　　）	
氏名　　男・女	☐同居　☐別居（市町村名：　　）	
続柄（　　）（　　歳）	☐就労（常勤・パート）　☐養育　☐健康状態（　　）	
氏名　　男・女	☐同居　☐別居（市町村名：　　）	
続柄（　　）（　　歳）	☐就労（常勤・パート）　☐養育　☐健康状態（　　）	※同居している場合は ◯ で囲む

4. 特記事項（困っていること、伝えたいこと等）