

特養入所申込書

様

入所希望者（申込者）

フリガナ	カイゴ タロウ	保 険 者	〇〇〇市
氏 名	介護 太郎	被 保 険 者 番 号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0
生 年 月 日	明(大)昭 2年 2月 29日	要 介 護 度	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ (5)
性 別	(男)・女	認 定 有 効 期 間	平成 22年 4月 1日 ~ 23年 3月 31日
現 住 所	〒 2 3 4 - 5 6 7 8 〇〇県 〇〇市 ▲▲区 ××町 3-4-5-607 電話番号 012 (3345) 6789		
給 付 制 限	申請中の場合は、その旨をご記入下さい。また介護度が決まりましたらご連絡下さい。		
認定審査会意見			

注：介護保険証を転記して下さい。なお、コピーを
【必要添付書類】

- 調査票
- 認定調査票（基本調査）（写）
- 直近3ヵ月分のサービス利用票（写）及び別表（写）

老人保健施設等に入所または医療機関へ入院されている場合、直近3ヶ月分のサービス利用票（写）及び別表（写）は必要ありません。

申込代理者（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	見守 花子	入所希望者との続柄	長 女
住 所	〒 3 4 5 - 6 7 8 9 △△県 〇〇市 〇〇 5 6 7 - 1 2 3 4 電話番号 098 (7765) 4321		

上記入所希望者について、介護保険法令に基づき、他の施設にも申し込まれたので、この入所申込書により入所を希望いたします。

なお、入所のための待機中に、貴施設以外の施設へ先、介護の状況等について変更がありました場合は、また要介護度や連絡をお願いします。

他の施設にも申し込まれる予定の場合は、申し込み（予定）件数をお書き下さい。

時期	(早急)	平成 年 月 以降	申込予定：貴施設のみ (他) も申込む 8 ヶ所 (予定)
希望事項	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 <input checked="" type="checkbox"/> 3 認知症 <input type="checkbox"/> 4 施設や <input checked="" type="checkbox"/> 5 介護者 <input type="checkbox"/> 6 介護 <input type="checkbox"/> 7 利用したい在宅サービスが十分でない（夜間訪問介護など） <input checked="" 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、改修不可など） <input type="checkbox"/> 10 住宅環境が在宅サービス利用に適さない（立地・地形上など） <input checked="" type="checkbox"/> 11 その他の理由（具体的にお書き下さい） 今まで2人で何とか生活していたが、介護している妻が急速入院したため、介護する者がいなくなった。認知症があるため常に誰かが見ていないとタバコなどの火の不始末もあり危険。誰かが一緒にいないといけないが、子供は私一人で主人の親を介護している状況で、かつ遠方に居る事もあり介護がままならない。金銭的な援助も難しく本人も年金暮らしなのでヘルパーさんに多く入ってもらえない状況なので、このまま生活を続けることができない	
	同意書	入所希望者、介護者を円滑に支援するために、市町等にこの申込内容を情報提供すること及び同目的のために使用されることに同意します。 平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 氏名 介護 太郎 印	

同意する内容をご理解の上、必ず署名捺印して下さい。

事務処理欄	初回申込日：平成 年 月 日	今	申込番号
受付者	受付方法：不	意思確認：平成 年 月 日	

調 査 票

現 況	独居・ 高齢者 帯・家族同居 入院中(病院名)・入所中(施設名) ・継続中の入院・入所の開始日: 年 月 日 ・申込日時の入所等 (年 月)								
生活状況	移動	歩行・ 杖 ・歩行器	施設に入っている場合でも、入る前の同居状況等を囲んで下さい。 また老人保険施設等に入居している場合には、施設名・入所開始日・入所期間なども併せてご記入下さい。		立	一部介助・全介助			
	食事	主 普通 ・かゆ・ 副) 普通・ 一口大			立	一部介助 ・全介助			
	排泄	トイレ・ポータブル・尿器・便器・ おむつ	介 助	自立・一部介助・ 全介助					
	入浴	介助 浴・座浴・特浴	介 助	自立・一部介助・ 全介助					
	送迎時の介助	車椅子・ストレッチャー	要・ 不要						
身体状況	視力	普通 ・見えにくい・見えない	身長	165	重	55 kg			
	聴力	普通・ 聴こえにくい ・聴こえない	精神状態 ()						
	発語	普通・ やや不自由 ・不自由	各調査項目の該当するところに○を入れてください。 記入の仕方や判断に迷う際には、担当のケアマネージャーや支援相談員等にご相談ください						
	理解力	普通・ 分かりにくい ・ 分からない)						
健康状況	現疾患	老人性認知症、脳梗塞後遺症 糖尿病、高血圧症							
	主治医	△△病院 ○○科 高齢 介護 先生	TEL	456-7789-1011					
	医療の状況	経管栄養・胃ア	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()					
	皮膚刺激	普通 ・弱い	麻痺	無 ・有()					
	便秘	無 ・有(服薬:無・有)))					
	睡眠	良 ・不良(服薬:無・有))						
	えんげ 嚥下	異常なし・ むせる ・つめ)						
入れ歯	無 ・ 有 (上・下))							
介護の状況	主たる 介護者氏名	介護 好子		年齢	88才	性別	男 女	続柄	妻
	就労状況等	就業中・共働き・育児・ その他 (高齢で虚弱な体質でもあり働くことはできない)							
	介護期間	12年 4月頃から		その他の介護者 無 ・有(名)					
	窓口相談	無・ 有 ・ 介護事業所 ・役所・在 施設等で相談された場合は、事業所名と援助された方をお書き下さい。 居宅介護支援事業所名 (ケアプランセンター○○) ケアマネージャー名 (介護支援専門員 支援 優子)							
住環境	区分	持ち家・ 借家 ・高層住宅 階(エレベーター 有・無)							
	住宅改修	可・ 不可 ・改修済()							
	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】 ※別の用紙にお書き頂いても結構です。 もともと高齢者夫婦で何とか生活していたが、介護者である妻が急遽入院することとなったため、現在介護者がいない状態となっています。前から認知症があり、誰もいないとタバコの火をつけたまま、置き忘れてしまうなど危険をとめない、普段の生活に支障があります。また糖尿病に管理で1日1回のインスリン投与ができていません。子供は私一人であり、主人の親の介護もあるため傍にいてやる事が出来ないのです、このままだと火事を起こす危険もあり1日でも早い入居ができるようお願いします。									