

介護保険証写しを添付

豊田市内特別養護老人ホーム入所申込書

特別養護老人ホーム
豊水園 笑いの家 施設長 様
令和 年 月 日

入所申込者	ふりがな				保険者名			
	氏 名				介護保険被保険者番号			
	生年月日	明・大・昭 年 月 日			性 別	男 ・ 女		
	要介護度	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5		認定有効期間	令和 年 月 日から 年 月 日			
	住 所	〒 ー 電話番号 () 携帯電話 ()						
	現在いる場所	☐ 住所に同じ ※病院名・施設名またはその他の場所を記入 ☐ 病院・施設 () ☐ その他 ()						
身元引受人	氏 名				入所申込者との関係			
	住 所	〒 ー 電話番号 () 携帯電話 ()						
入所希望	入所希望時期	おおむねの入所希望の時期を選択してください。 ※あくまで希望であり、入所の時期を確約するものではありません ☐ 1ヵ月以内 (理由) ☐ 在宅生活が困難なため ☐ 半年以内 ☐ 病院や施設から退所の案内があったため ☐ 1年以内 ☐ 今の環境を変えたくない (何かあった時) ☐ 1年以上先 ☐ その他 ()						
	入所の意思	☐ 今すぐ入所したい ☐ 本人または家族の状況に変化があれば						
申込状況	他の施設への申込状況	※他の施設にも入所申込みされる場合には、施設名を以下の空欄にご記入ください。 ・市内の特養 () () () ・市外の特養 () ()						
同意及び説明確認	・入所申込みから入所契約までの手続き及び入所順位の決定方法について、施設から説明を受けました。 ・申込後に状態の変化、連絡先の変更、入所が不要となった場合は施設に申し出ます。 ・入所申込者・介護者の方を円滑に支援するため、市町村・ケアマネジャー等と下記の情報を共有することに同意します。 ○入所申込書内の項目に関する情報 ○申込後に生じた転出や死亡に伴う住民票の異動内容 ○その他入所に関する必要な情報 令和 年 月 日 入所申込者または記入者氏名 印							

事務処理欄	受付日		受付入力		調査	
	調査入力		判定日		判定結果	

入所申込理由	
該当するものすべてにチェックをし、具体的な状況を記入してください。 ☐ 介護する者がいないため ☐ 介護する者が入院等で介護できない ☐ 介護する者が高齢、疾病、育児、就労、別居等のため介護が困難 ☐ 介護する者の身体的・精神的負担が大きいため ☐ 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 ☐ 居住環境の事情により、十分な介護をすることが困難なため ☐ その他の事情（ ）	
具体的状況	

特例入所申込理由	
該当するものすべてにチェックをしてください。 ☐ 認知症である者であって、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる ☐ 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られる ☐ 家族等による深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難な状態である ☐ 単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である等により家族等による支援が期待できず、かつ、地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分である	
特例入所該当確認欄（施設記入欄）	確認年月日： 年 月 日

※ 特例入所該当確認欄については、確認方法を記載すること。

(様式2)

標準調査票

整理番号：		希望者氏名：			記入者氏名：			
現 状		独居・高齢者世帯・家族同居 入院中（病院名）・入所中（施設名）						
生 活 状 況	移 動	歩行・杖・歩行器・車椅子・ストレッチャー ・その他（）			介 助	自立・一部介助・全介助		
	食 事	主）普通・かゆ・ミキサー（箸・スプーン）			介 助	自立・一部介助・全介助		
		副）普通・一口大・きざみ・極きざみ・ミキサー						
	更衣（着替え）				介 助	自立・一部介助・全介助		
	整容（身だしなみ）				介 助	自立・一部介助・全介助		
	排 泄	トイレ・ポータブル・尿器・便器・おむつ ・尿カテーテル・人工膀胱・人工肛門			介 助	自立・一部介助・全介助		
	入 浴	介助浴・座浴・特浴・その他（）			介 助	自立・一部介助・全介助		
	送迎時の介助	車椅子（要・不要）・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	cm	体重	kg	
	聴 力	普通・聴こえにくい・聴こえない		精神状態	安定・不安定（幻覚・興奮・攻撃・他）			
	発 語	普通・やや不自由・不自由		認 知	無・有（日常生活自立度Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・M・不明）			
	理解力	普通・分かりにくい・分からない		問題行動	無・有（徘徊・不潔行為・他）			
健 康 状 況	現疾患				病 歴			
	主治医				T E L			
	医療の状況	吸痰・経管栄養（胃ろう・経鼻）・尿カテーテル・人工膀胱・人工肛門・インシュリン注射 ・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）			拘 縮	無・有（）		
	睡 眠	良・不良（服薬：無・有）			褥 瘡	無・有（）		
	嚥 下	異常なし・むせる・その他（）			湿 疹	無・有（）		
入れ歯	無・有（上・下）			口腔状況	良・否（）			
介 護 の 状 況	主たる介護者氏名		年 齢		性 別	男・女	続 柄	
	就労状況等	就業中・未就労・育児・その他（）						
	介護期間	_____年_____月頃から			その他の介護者		無・有（）名	
	窓口相談	無・有 事業所名：（） ケアマネジャー名：（）						
住 環 境	区 分	持ち家_____階（エレベーター 有・無） ・ 借家_____階（エレベーター 有・無）						
	住宅改修	要・不要・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）						
経 済 状 況	年 収	円 （課税世帯 ・ 非課税世帯）						
	介護保険負担割合	1 割 （負担限度額認定証 あり 段階 ・ なし） ・ 2 割 ・ 3 割						
	障がい・医療関係	障がい者手帳（あり 級 ・ なし） 福祉医療受給者証（ あり ・ なし ）						
	金銭管理者	本人 ・ 家族（続柄：） ・ その他（）						

【その他特記事項】 【介護上の悩み・困っていること】 ※別の用紙にお書きいただいても結構です。