

入所申込書

施設長 殿
平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
以下の通り、施設入所を申し込みます。 ※該当する□にレ印をご記入下さい

入 所 希 望 者	フリガナ								性 別	生 年 月 日				
	氏 名								☐ 男 ☐ 女	☐ 明治 ☐ 大正 ☐ 昭和 年 月 日生 (歳)				
	住 所	〒 県 電話 ()												
	介護保険 被保険者番号									要介護度	1・2・3・4・5			
	現在の 状況	☐ 独居 ☐ 家族と同居 ☐ その他 ()												
		☐ 在宅 ☐ 入院中 ☐ 老人保健施設入所中 ☐ その他 () ※病院・施設名 に 年 月より												
	現在までの 主な病気	☐ 脳梗塞 ☐ 高血圧 ☐ 糖尿病 ☐ 心疾患 ☐ 結核 ☐ リウマチ ☐ その他							現在下記の処置を行っていますか ☐ 経管（鼻腔）栄養 ☐ 胃いり ☐ インシュリン注射 ☐ 吸引 ☐ 褥瘡 ☐ その他 ()					
		右記事項に該当することがありますか ☐ 介護への抵抗 ☐ 暴力や暴言 ☐ 昼夜逆転や夜間の不眠 ☐ 異食 ☐ 物を隠したり、置き忘れる ☐ 外出し一人で戻れなくなる ☐ 不潔行為 ☐ 自傷行為 その他 ()												
	身体の 状況	食事	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全面介助 ☐ その他 ()											
		排泄	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全面介助 ☐ その他 () おむつ等の使用 ☐ 有 (☐ 夜間のみ・ ☐ 常時) ☐ 無											
移動		☐ 自立 ☐ 車椅子 (☐ 自走・ ☐ 介助) ☐ 日中の大半がベット上												
意思 伝達		☐ 普通 ☐ やや伝えにくい ☐ かなり伝えにくい ☐ 全く伝えられない ☐ 補助具 () を使えば可												
申し込み 状況	☐ 当施設のみ申し込み ☐ 他施設も申込んでいる ☐ 今後申込む予定 他に申込んだ施設名 () 申込み予定施設名 ()													
身 元 引 受 人	フリガナ								年齢	続柄	職業（勤務先）			
	氏 名													
	住 所	〒 県 電話 () (携帯・FAX等)												

(施設記入欄) 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 受付 受付者 _____

家族状況	氏 名		年齢	続柄	世帯	仕事の有無		職 業
					同・別	☐ 有（フルタイム・パート） ☐ 無		
					同・別	☐ 有（フルタイム・パート） ☐ 無		
					同・別	☐ 有（フルタイム・パート） ☐ 無		
					同・別	☐ 有（フルタイム・パート） ☐ 無		
主介護者の状況	フリガナ				年齢	続柄	職業（勤務先）	入所希望者と
	氏 名							☐ 同居 ☐ 別居
	※別居の方は住所等の連絡先と、介護する上での困り事がありましたらお書き下さい							
	住 所	〒 県 電話 （ ） （携帯・FAX 等）						
	介護する上で困り事がありましたらお書き下さい。							
	主介護者の方は、障害やご病気がおありですか。病名等をお書き下さい。（要支援・要介護度があればそれもお書き下さい。）				障害・病気が ☐ 有 ☐ 無 病名：		☐ 要支援 ☐ 要介護 1・2・3・4・5	
	身障手帳をお持ちですか。		☐ 有 ☐ 無		級 障害名：			
	療育手帳をお持ちですか。		☐ 有 ☐ 無		☐ A ☐ B			
	入所希望者以外の介護・育児をして ☐ いる ☐ いない			どなたを介護 していますか				
経済状況	☐ 住民税課税世帯である（世帯の方に住民税が課税されている方がいる） ☐ 住民税非課税世帯である（世帯全員が非課税） ☐ 生活保護を受給している							
※その他申し込みに際し、特に知らせておきたい事項などがありましたらお書き下さい。 （家族・介護状況、住宅状況、経済状況、問題行動等）								

※同意・確認欄

- 入所申し込みに際し、「入所規程」に基づく入所順位の決定方法等について、確認しました。
- 本人の状況をより詳細に把握し適切な施設介護計画書を作成するため、施設が必要な場合は、市町村から要介護認定調査票等情報の提供を受けることに同意します。
- 市町村又は県の施策の参考とするため、市町村又は県が必要な場合は施設から入所申し込みに係る情報の提供を行うことに同意します。

氏名（入所希望者） _____ 印

代筆者 _____ 印 続柄（ ）