

※太ワクの中をすべて記入してください（不明な点は、施設にご相談ください）
 ※口欄は、該当するものに☑を記入してください

指定介護老人福祉施設 潮風園入居申込書

入居を希望する者	フリガナ			保険者名								
	氏名			被保険者番号								
	生年月日	明・大・昭	年	月	日()歳	性別(男・女)						
	現住所	(郵便番号 -)		電話番号(- -)								
認定状況	<input type="checkbox"/> 要介護認定を受けている <申込日現在の介護度> 要介護(1・2・3・4・5) <認定有効期間> 令和 年 月 日から令和 年 月 日まで											
	<input type="checkbox"/> 区分変更申請中(令和 年 月 日申請)						<input type="checkbox"/> 更新申請中(令和 年 月 日申請)					
	<input type="checkbox"/> 要介護認定を受けていない <input type="checkbox"/> 認定申請中(令和 年 月 日申請)											
世帯状況				<input type="checkbox"/> 同居家族がいない(一人暮らし) <input type="checkbox"/> 同居家族がいる								
入居を希望する理由 (該当するものはすべて選んでください。)	<input type="checkbox"/> 介護する者がいないため。 <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」、「障害」、「疾病」等により十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 介護者が就労していることから、十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により、十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所等を求められているが、受け入れが困難なため。 <input type="checkbox"/> その他 ()											
指定介護老人福祉施設 潮風園 施設長 山下 治行 殿 貴施設に入居を希望するため、申し込みます。 また、貴施設が入居判定に使用する目的で、居宅介護支援事業者、市町村、地域包括支援センター、病院、施設等から情報提供を受けることに同意します。また、市町村が居宅介護支援事業者等に、入居申込者の状況等を確認することに同意します。 令和 年 月 日 (申込者) 住所 _____ 氏名 _____ 印 (続柄) _____												

提出者(連絡先)

氏名:	続柄:	自宅電話:	携帯:
〒: -			
住所:			

※太ワクの中をすべて記入してください（不明な点は、施設にご相談ください）

※□欄は、該当するものに☑を記入してください

◎介護者・家族等の状況

※ 入居申込みに対する家族の同意等は備考欄に記入して下さい。

家族構成	続柄	氏名	年齢	入居申込者と	住所	電話	入居への同意の有無
				同居・別居			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
				同居・別居			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
				同居・別居			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
				同居・別居			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

主たる介護者の状況	フリガナ		年齢	生年月日	本人との関係
	氏名				
	健康状態	<input type="checkbox"/> 疾病 <具体的に> _____) <input type="checkbox"/> 健康 ※疾病や障害がある為、支援するのが難しい介護は？ <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> 移動 <input type="checkbox"/> 着替え <input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> その他(_____)			
	介護者及び家族の状況	<input type="checkbox"/> 介護する者が要介護状態のため、介護困難な状態である <input type="checkbox"/> 多少介護は可能な状態である <input type="checkbox"/> 介護可能な状態である <input type="checkbox"/> 同居する他の要介護者を介護している ⇒ <input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 半日 <input type="checkbox"/> 臨時 <input type="checkbox"/> 同居以外の要介護者を介護している ⇒ <input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 半日 <input type="checkbox"/> 臨時 <input type="checkbox"/> 育児や子育て等、子供の世話をしている ⇒ <input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 半日 <input type="checkbox"/> 臨時 <input type="checkbox"/> 就労等により日中家族が不在である			
	介護者の就労	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 職種; _____ 日/週(勤務) <input type="checkbox"/> 8時間以上 <input type="checkbox"/> 4~8時間 <input type="checkbox"/> 4時間未満 1日の就労時間			
	介護の場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院又は介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> その他の施設に入居中			
	介護歴	_____ 年 _____ 月頃から介護している (期間:約 _____ 年)			
	介護協力者	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 週1~3日程度の協力あり (氏名 _____ 続柄 _____) <input type="checkbox"/> 週4日以上 の協力あり (氏名 _____ 続柄 _____)			

入居申込者の状況	居住環境 <input type="checkbox"/> 住む家がない (<input type="checkbox"/> 家屋の取り壊し <input type="checkbox"/> 借家契約の解除 <input type="checkbox"/> その他(_____)) <input type="checkbox"/> 借家、社宅、団地等(住宅改修はできない) <input type="checkbox"/> 家屋が古く居住不能 (_____) <input type="checkbox"/> 段差・手すり・浴室・居室の広さ等が介護に適さず改修困難 <input type="checkbox"/> 生活空間が2階で上がれない <input type="checkbox"/> 廊下等が狭いなどで、手すり設置や段差解消ができない <input type="checkbox"/> 車いすや段差解消機等介護機器が利用できない <input type="checkbox"/> その他(_____) <input type="checkbox"/> 住宅改修は済んでいる <input type="checkbox"/> その他 (_____)
----------	--

◎入居申込者の状況

申込者名

入居申込者の状況	サービス等の利用状況	<input type="checkbox"/> 他の施設や医療機関に入っている (・施設名又は医療機関名: _____ (_____ 市・町・村)) (・入所又は入院時期:平成 ____ 年 ____ 月から入所(入院)している。 ・施設や医療機関から退所(退院)を求められているか。(いる ・ いない))	
	日常生活動作の状況	食事	状態 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助(経管栄養含む) 嚥下 <input type="checkbox"/> むせない <input type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> 毎回むせる <input type="checkbox"/> トロミ剤使用
		排泄	状態 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 誘導・一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 種類 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ使用 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> その他(_____)
		入浴	状態 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 方法 <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> リフト浴 <input type="checkbox"/> 特殊浴 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭のみ
		歩行	状態 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 器具 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 手押し車 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす
		その他	意思疎通 <input type="checkbox"/> 十分可 <input type="checkbox"/> ある程度可 <input type="checkbox"/> 相槌程度なら可 <input type="checkbox"/> 不可 麻痺 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 視力 <input type="checkbox"/> 見える <input type="checkbox"/> 見えにくい <input type="checkbox"/> 眼鏡使用 <input type="checkbox"/> 見えない(<input type="checkbox"/> 右眼 <input type="checkbox"/> 左眼) 聴力 <input type="checkbox"/> 聞こえる <input type="checkbox"/> 聞こえにくい <input type="checkbox"/> 補聴器使用 <input type="checkbox"/> 聞こえない(<input type="checkbox"/> 右耳 <input type="checkbox"/> 左耳)
		認知症などの状況	上記の中で特に困っていること等
		特例入居の申立	居宅で日常生活を営むことが困難なことについてやむを得ない事由は次のとおりです。 <input type="checkbox"/> 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みられる。 <input type="checkbox"/> 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みられる。 <input type="checkbox"/> 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・安心の確保が困難である。 <input type="checkbox"/> 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。 ※具体的状況 (_____)

