

様式第1号（第2条関係）

入 所 申 込 書

大仙美郷介護福祉組合管理者 様

申込者氏名	〒	—	⑨ 続柄 ()
住所			
電話番号	—	—	
携帯電話番号	—	—	

特別養護老人ホームに入所したいので、次のとおり申込みします。

申込日	年 月 日					
入所希望 施設順位	第1希望	第2希望	第3希望			
	<input type="checkbox"/> 真昼荘（美郷町）	<input type="checkbox"/> 真昼荘（美郷町）	<input type="checkbox"/> 真昼荘（美郷町）			
	<input type="checkbox"/> 真木苑（大仙市太田）	<input type="checkbox"/> 真木苑（大仙市太田）	<input type="checkbox"/> 真木苑（大仙市太田）			
	<input type="checkbox"/> 真森苑（大仙市仙北）	<input type="checkbox"/> 真森苑（大仙市仙北）	<input type="checkbox"/> 真森苑（大仙市仙北）			
入所希望者	介護保険保険者番号	被保険者番号		※介護保険証で ご確認願います		
	ふりがな	※必ずご記入願います				
	氏名					
	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性		
	要介護状態区分	要介護度 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 (介護認定申請中：申請日 平成 年 月 日)				
	認定有効期間	[]年 []月 []日 から []年 []月 []日 まで				
	住所					
	電話番号	— —	FAX番号	— —		
家族等の状況	氏名	続柄	生年月日	職業	同居・別居	別居先の電話等

備考 入所申込調査票、介護支援専門員意見書及び介護保険証の写しを添えてお申込み願います。

入 所 申 込 調 査 表

調査年月日	年 月 日	調査者氏名	印
現 状	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 特養 <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 療養型 <input type="checkbox"/> その他 () 使用施設名 () ※自宅使用等の場合は無記入		
介護保険サービス 確認欄	利用している介護保険サービス <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> その他 ()		
	調査時点での在宅サービスの利用単位数 () 単位) 他施設申込状況 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (施設名:)		
健康保険	種 別	年 金 等	種 別
障害手帳等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 手帳の種類 () 障害名 () 判定 () 級) その他 ()		
食 事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 入れ歯 ()		
	内 容	主食 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> ミキサー 食事制限 () 副食 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 細食 <input type="checkbox"/> ミキサー () <input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク	
入 浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (<input type="checkbox"/> 特浴 <input type="checkbox"/> 中間浴 <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 夜間浴)		
着 脱 衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
排 泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 排泄状況 (<input type="checkbox"/> 便器 <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> オムツ等) 下剤服用 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) 便 () 日) 回) 失禁 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)		
移 動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 歩行状況 (<input type="checkbox"/> 自力歩行 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 立位不可) 移動器具の使用 (<input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 老人車 <input type="checkbox"/> 車椅子等) 状況 ()		
視 力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 全盲 老眼鏡使用 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) 状況 ()		
聴 力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 大声が聞こえる <input type="checkbox"/> 難聴 状況 ()		
言語・会話	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不明瞭 <input type="checkbox"/> 失語 <input type="checkbox"/> 会話不能		
認知症等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度) 問題行動 (<input type="checkbox"/> 失見当識 <input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> その他) 状況 ()		
薬の服用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 薬名等 ()		
既 往 歴	昭・平・令 年 月 (頃)		
	昭・平・令 年 月 (頃)		
	昭・平・令 年 月 (頃)		
居宅介護支援事業者・事業所より情報を頂いてもよろしいですか		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
特記事項			

介護支援専門員意見書

入所希望者氏名	
---------	--

1. 本人の状況					
要介護度	5	4	3	2	1

2. 主たる介護者・家族等の状況				
①世帯の状況	独居	高齢者世帯	その他	
②介護者の性別・年齢・続柄	男	女	歳	続柄
③介護者の介護負担	重い	やや重い	軽い	なし
④介護者が障害や疾病	介護困難	多少介護可	介護可能	なし
⑤介護者の就労	8時間以上又は 就労不能 (高齢等)	4～8時間	4時間未満	なし
⑥介護者が育児、家族が病気	常時の育児・看病	半日育児・看病	随時育児・看病	なし
⑦介護者の介護の関わり方	介護拒否	非常に消極的	やや消極的	普通
⑧他の同居介護補助者	ほとんどなし	随時あり	常時あり	続柄
⑨別居血縁者介護協力	ほとんどなし	随時あり	常時あり	続柄
⑩近隣者等の介護協力	ほとんどなし	随時あり	常時あり	

3. 備考記入欄				

意見書作成日	令和 年 月 日
所属事業所	
意見書作成者	印

(裏面)

介護支援専門員意見書の記入上の留意事項

様式第3号（介護支援専門員意見書）における申込者の状況判断を行う場合の留意事項

1. 評価において印のない項目は評価対象外となるため、該当する項目についてすべてに印をつけること。
2. 主たる介護者、家族の状況に係る判断基準
 - ④介護者が障害や疾病
 - ・ 「介護困難」は、介護者が障害や疾病のため要介護者の排泄、入浴、移動、着替え、食事などADL全般の援助が困難な場合
 - ・ 「多少介護」は、介護者が障害は疾病のため2つ程度のADL援助ならばできる場合
 - ・ 「介護可能」は、障害や疾病はあるが介護可能な状態である場合を目安とする。
 - ⑧他の同居介護補助者
 - ・ 「随時あり」は、週1～3日程度
 - ・ 「常時あり」は、週4日程度以上ある場合を目安とする。
※1日当たりの目安は2時間程度以上又は頻回以上とする。
 - ⑨別居血縁者介護協力
 - ⑩近隣者等の介護協力
 - ・ 「随時あり」は、週1～3日程度
 - ・ 「常時あり」は、週4日程度以上ある場合を目安とする。
3. 介護支援専門員が関わっていない（居宅サービスを利用していない）場合は他の適当な者の意見に代える事ができる。