

申込者（連絡先）今後、郵便物などはこの連絡先にお送りさせていただきます。

申込日	平成	年	月	日
受付日	平成	年	月	日

〒：	—
住所：	
氏名：	
電話：	() ()

特別養護老人ホームに入所（入居）したいので、次のとおり申し込みます。

入所（入居）希望者の状況	申し込み先（入所（入居）希望施設）		保険者	
	(フリガナ)		被保険者番号	
	氏名		性別	
			要介護度	1・2・3・4・5
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 () 歳	要介護 認定期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで
	現住所	〒 —		
	現況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人で暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 特養などの施設や病院に入っている 「施設や病院等に入っている方」は記入して下さい。 ◇施設名又は病院名： _____ ◇所在地（市区町村名のみ）： _____ ◇入所又は入院時期：平成 年 月から入所・入院している		
	入所（入居）を希望する理由（該当するものすべてを選んで下さい）	1. 入所（入居）申し込みができるのは原則として要介護3以上の方です。（要介護度1・2の方については、入所（入居）を必要とするやむを得ない理由が必要となります。） <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"/> 介護者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 居住環境など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を求められているが、自宅での介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	入所（入居）希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所（入居）したい <input type="checkbox"/> 平成 年 月頃までに入所（入居）したい		
	申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込む。 <input type="checkbox"/> 他の施設も申し込んでいる、又は今後他の施設も申し込む予定。 ◇既に申し込んでいる他の施設名 () () () ◇今後申し込む予定の他の施設名 () () ()		
主たる介護者	(フリガナ)		本人との関係	
	氏名		性別	
			生年月日	明・大・昭 年 月 日
意見	【介護をしているうえで困っていること等】			

※該当する事項に○をつけ、必要事項を記入して下さい。

1 本人の状況

要介護度	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
日常生活自立度	Ⅲ a以上 Ⅱ b Ⅱ a I 自立

※日常生活自立度については、別紙「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」を参照して下さい。
 認知症が見られない場合は「自立」、Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・Mの場合は「Ⅲ a以上」に○をつけて下さい。

2 主たる介護者・家族等の状況

世帯の状況	独居 高齢者世帯 その他（ ）
介護者の年齢・続柄	
介護者の介護負担	重い やや重い 軽い 負担なし
介護者の障害や疾病	無 ・ 有（ ）
介護者の就労	無 ・ 有（職種等 日／週、 時間／日）
他の要介護者	無 ・ 有（要支援 ・ 要介護 1・2・3・4・5 ）
介護者の育児、家族の病気	無 ・ 有（ ）
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 ふつう
他の同居介護補助者	無 ・ 有（続柄 日／週程度）
別居血縁者介護協力	無 ・ 有（続柄 日／週程度）
近隣者等の介護協力	ほとんどなし 随時あり 常時あり

3 居室について いずれかに○印を付けて下さい。

<input type="checkbox"/>	多床室（2人部屋・4人部屋）を希望する
<input type="checkbox"/>	個室（ユニット型）を希望する
<input type="checkbox"/>	どちらでも良い

※ 多床室と個室は料金が異なります。（料金表を参照して下さい）

4 身体及び日常生活動作の状況

視 力	1. 正常 2. 大きな字なら見える 3. ほとんど見えない 4. 全く見えない				
聴 力	1. 正常 2. 大きな声なら聞こえる 3. ほとんど聞こえない 4. 全く聞こえない				
麻 痺	1. ある 2. 少しある(部位:) 3. ない				
拘 縮	1. ある 2. 少しある(部位:) 3. ない				
歩 行	1. できる 2. つかまれば可能 3. できない				
	使用用具: 1. 杖 2. シルバーカー 3. 歩行器 4. 車椅子使用(自操: 可・不可)				
立ち上がり	1. できる 2. つかまれば可能 3. 一部介助 4. できない				
座位保持	1. できる 2. つかまれば可能 3. 支え(背もたれ等)が必要 4. できない				
食 事	1. 自立 2. 声かけ・見守りが必要 3. 一部介助 4. 全介助 5. 経管栄養				
	主食: 1. 米飯 2. 粥 3. ミキサー 4. その他()				
	副食: 1. 常菜 2. 一口大 3. きざみ 4. ミキサー 5. その他()				
排 泄	日中	1. 自立 2. 見守り 3. 一部介助 4. 全介助			
		1. トイレ 2. ポータブルトイレ 3. 尿瓶 4. ベッド上交換			
		1. 紙パンツ 2. パッド 3. おむつ			
	夜間	1. 自立 2. 見守り 3. 一部介助 4. 全介助			
		1. トイレ 2. ポータブルトイレ 3. 尿瓶 4. ベッド上交換			
		1. 紙パンツ 2. パッド 3. おむつ			
更 衣	上着	1. 自立 2. 声かけ・見守り 3. 一部介助 4. 全介助			
	ズボン	1. 自立 2. 声かけ・見守り 3. 一部介助 4. 全介助			
入 浴	1. 自立 2. 声かけ・見守り 3. 一部介助 4. 全介助				
歯磨き	1. 自立 2. 声かけ・見守り 3. 一部介助 4. 全介助				
医療状況	1. 経管栄養 2. 胃ろう 3. 在宅酸素 4. インシュリン注射 5. その他()				
	【現在治療中の病気・特記事項等】				
認知症に よる不適 応行動	1. なし 2. あり → 徘徊・昼夜逆転・介助拒否・火の不始末・異食行為・作話・幻聴 幻覚・暴力・暴言・その他()				

調査者の意見(記入しないで下さい)

	第1回	第2回	第3回
	/	/	/

記載者氏名

印