

# 入 居 申 込 書

特別養護老人ホームとちの木荘  
施設長 植 田 稔 殿

申込者（本人でない場合は、申込代理者）

(事業所使用欄)	
申込日	令和 年 月 日
受付日	令和 年 月 日
担当者名	
紹介経過	居・施・病・包・HP・一覧・知直・他 ( )

住所	〒
フリガナ氏名	入居希望者との関係 ( )
電話	(自宅) (携帯)

申込先 (入居施設名)	特別養護老人ホームとちの木荘		保険者 (市町村)																
入居希望者の状況	(フリガナ)		性別	介護保険被保険者番号															
	氏 名		男 女	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・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日まで														
	現 住 所	〒 TEL																	
	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"/> 老人保健施設などの施設に入っている 「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 _____ ◇入所又は入院時期：平成・令和 年 月から入所・入院している																	
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)	<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」「認知症」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"/> <b>要介護 1 又は要介護 2 の方は、備考欄の事項を参考に、居宅において日常生活を営むことが困難なやむを得ない事由を具体的に記載してください。</b> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> <input type="checkbox"/> 認知症である者であって、日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られること。  <input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られること。  <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・安心の確保が困難な状態であること。  <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こと。                 </div>																		
	□その他 ( )																		

	医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <b>【現在治療中の病気・特記事項等】</b>
	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 <input type="checkbox"/> 既に申し込んでいる他の施設名 ( ) ( ) <input type="checkbox"/> 今後申し込む予定の他の施設名 ( ) ( )
説明 確認 欄	<p>私は、入居申込みの際し、入居申込みから入居契約までの入居決定方法について、施設担当者又は、介護支援専門員から説明を受けました。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">氏 名 _____</p>	
同 意 書	<p>1. 入居申込者及び家族の状況把握を行うため、個人情報の取扱いについて市町村、担当ケアマネージャー、他の介護保険施設等からの情報収集を施設が行うことに同意いたします。</p> <p>2. 入居のための待機期間中に、貴施設以外の施設に入居が決定した場合、また要介護度や連絡先、介護の状況等について変更があった場合は、速やかに貴施設に連絡いたします。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">氏 名 _____</p>	

**備考) 要介護1・2の方が居宅において日常生活を営むことが困難である事情**

- ① 認知症である者であって、日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られること。
- ② 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られること。
- ③ 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こと。
- ④ 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こと。

# 入居申込者調査票

記入年月日：令和 年 月 日

記入者名

申込先施設名	特別養護老人ホームとちの木荘		保険者 (市町村)											
入居希望者の状況	(フリガナ)		性別	被保険者番号										
	氏名		男 女											
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 ( 歳)		要介護度	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5									
	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"/> 老人保健施設などの施設に入っている。 「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 _____ ●入所又は入院時期：平成・令和 年 月から 入所・入院 している 「在宅で暮らしている方」は記入して下さい。 ●居宅介護支援事業者名 _____ ●担当者名 _____												

※待機者（平成 15 年 3 月 31 日以前の入所申込者に限ります。）においては、要介護状態になってからの待機期間を記入する。

## 1. 認知症の日常生活自立度

認知症の日常生活自立度	M	IV	III	II	I	自立
-------------	---	----	-----	----	---	----

（\*当てはまる症状があれば○をつけください。）

- |   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・物を盗まれた等被害的になる</li> <li>・作話をし周囲に言いふらす</li> <li>・幻視・幻聴がある</li> <li>・感情が不安定になる</li> <li>・昼夜逆転がある</li> <li>・その他（</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・大声を上げたり介護に抵抗する</li> <li>・目的もなく動き回る</li> <li>・外に出ると家などに戻れなくなる</li> <li>・火の不始末や火元の管理ができない</li> <li>・異食行為がある</li> </ul> |
|---|--|

※「認知症日常生活自立度」については、「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」の活用について（厚生省老人保健福祉局通知：平成 5 年 10 月 26 日 老健第 135 号）により判断する。

## 2. 在宅サービス利用度

在宅サービスの利用割合	80%以上	60%以上	40%以上	20%以上	20%未満
	10点	8点	6点	4点	2点

※在宅サービスの利用割合とは、サービス利用額を在宅サービス利用表に基づく支給限度額で除した割合を言う。

※入院及び他の施設に入所している場合は在宅サービスの利用状況を 6 点とみなすものとする。

※直近 3 ヶ月分の利用票別表の写しを参照する。別表については、担当ケアマネージャーより取り寄せる。

### 3. 主たる介護者・家族等の状況

主たる介護者	フリガナ		性別	本人との関係	
	氏名		男女	生年月日	明・大・昭 年 月 日 ( 歳)
	同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している (住所: )			
	意見	【介護をしているうえで困っていること等】			

主たる介護者の年齢	70歳以上	65歳以上	60歳以上	60歳未満
-----------	-------	-------	-------	-------

身体的負担の訴え	体力的につらい 体調が思わしくない 睡眠不足 その他
介護者のストレス	大きい それほど大きいとは感じられない
介護の負担感	それほど負担とは思っていない 負担に感じているが仕方ないと思っている かなり負担と思っている (具体的な内容 )
介護によって生じた生活の変化	大きな変化はない 家庭内の役割変化 就労の放棄 趣味活動の放棄 自分の時間が持てない その他 ( )
現在の自分の生活への不満	現状に大きな不満はない 不満はあるが仕方ないことと思っている 大いに不満がある (具体的な内容 )

介護者の介護負担	非常に重い	重い	やや重い	普通
----------	-------	----	------	----

介護者の障害や疾病	介護困難	多少介護可能	介護可能	なし
-----------	------	--------	------	----

☆具体的な状況

#### 【留意事項】

「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、「多少介護可能」は介護者が傷害や疾病のため2つ程度のADL援助ならばできる場合を目安とする。

「介護可能」は、傷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。

介護者の就労	なし・あり (常勤・非常勤) 仕事の内容・勤務時間等 ( )			
	8時間以上 高齢で就労不能	4～8時間	4時間未満	なし

☆具体的な状況

当該要介護者以外に対する 育児や看護・介護の必要性	常時の 育児・看病・介護	半日 育児・看病・介護	臨時 育児・看病・介護	なし
------------------------------	-----------------	----------------	----------------	----

☆具体的な状況

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
-------------	------	--------	-------	----

☆具体的な状況

※留意事項

担当ケアマネージャー・関係事業所・入所施設相談員等から情報提供

他の同居介護補助者	ほとんどなし	随時あり	常時あり
-----------	--------	------	------

☆具体的な状況

※留意事項

「随時あり」は週1～3日程度、「常時あり」は週4日程度以上の場合を目安とする。なお、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。

別居血縁者協力	ほとんどなし	随時あり	常時あり
---------	--------	------	------

☆具体的な状況

※留意事項

「随時あり」は週1～3日程度、「常時あり」は週4日程度以上の場合を目安とする。なお、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。

近隣者等の介護協力	ほとんどなし	随時あり	常時あり
-----------	--------	------	------

☆具体的な状況

※留意事項

「随時あり」は週1～3日程度、「常時あり」は週4日程度以上の場合を目安とする。なお、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。

在宅生活に必要な住環境の状態	非常に支障がある	支障がある	やや支障がある	特に問題なし
----------------	----------	-------	---------	--------

☆具体的な状況

※在宅生活を送るにあたって段差・トイレ・浴室・寝室等の状況を見て評価する。

4. 概況調査・家族構成

概況調査	家族構成

## 5. 生活状況

移動	歩行・杖・歩行器・車いす・ストレッチャー	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	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	介助	自立・一部介助・全介助
入浴	介助浴・座浴・特浴	介助	自立・一部介助・全介助
着脱衣	上肢	介助	自立・一部介助・全介助
	下肢	介助	自立・一部介助・全介助
生活歴			

## 6. 医療の状況

医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 (持続・移動時のみ) <input type="checkbox"/> インシュリン注射
	<input type="checkbox"/> 人工肛門 (ストマー) <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> ネブライザー <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> バルーン
	<input type="checkbox"/> その他 ( )
	既往歴 ( )
	<b>【処置】</b>
	<input type="checkbox"/> 床ずれ (部位 )    感染症の有・無 (病名 )
<b>【現在治療中の病気・特記事項等】</b>	
<b>【かかりつけ】</b>	
医療機関名 ( )    主治医名 ( )	

## 7. 家族・本人の入居における希望等

## 8. 特記事項