

介護老人福祉施設 入所申込書

受付日 年 月 日

フリガナ		男・女	生年 月日	大正・昭和
利用者名				年 月 日 歳
住所	〒 <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>			電話 - - FAX - - 携帯 - -
現在地	1. 自宅 2. 病院 3. 老人保健施設 4. 養護・経費・有料ホーム、ケアハウス 5. その他()			
施設名				電話 - - FAX - -
利用開始日	平成 年 月 日			担当者

介護保険内容※

区市町村名	区・市・町・村	保険者番号	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>
被保険者番号	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>		
要介護度	1・2・3・4・5・申請中 (申請日 平成 年 月 日) (特例入所) 令和		
有効期間	令和 平成 年 月 日	～	平成 年 月 日
負担割合	1割	2割	
負担限度額認定証区分	第1段階	第2段階	第3段階 第4段階
登録ケアマネージャー 事業者名			電話 - - FAX - - 担当者

医療保険内容※

後期高齢者医療保険	国民健康保険	その他()
生活保護		
福祉事務所	課	係 担当者
電話	-	FAX - -

その他※

身体障害者手帳・愛の手帳	有・無	種類・記号番号	
標準負担額減額認定証・受給者証	有・無	種類・記号番号	
年金・恩給	有・無	種類・記号番号	

フリガナ		続柄	電話 - - FAX - - 携帯 - -
申込者			
住所	〒 <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>		
利用者との関係	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 疎遠 <input type="checkbox"/> その他()		

申込み理由 (該当するものすべて選択)

病院、他施設を利用しているが、
 退院(退去)を求められている

在宅生活が困難になった その他

何らかの虐待を受けている 火の取扱いに不安がある

()

本人の状況 (該当するものすべて選択)

本人が病気 (病名)

徘徊がある 帰宅願望 不潔行為がある 異食行為がある

介護抵抗がある 暴言・暴力がある 大声・奇声がある 収集行為

上記以外 ()

医療処置として (該当するものすべて選択)

経管栄養 (経鼻 経腸 胃瘻) インスリン 褥瘡 酸素療法

尿管カテーテル ストマ それ以外 ()

介護者の状況 (※特例入所要件関連項目)

介護者が いる いない 配偶者が いる いない (未婚 離別 死別)

子供が いる いない

主に介護される方は 高齢 病弱 病気で通院・入院中

障害がある それ以外 ()

家族の状況等の具体的内容

在宅サービス利用状況 (※特例入所要件関連項目)

利用しているサービス	利用回数等	備考	利用しているサービス	利用回数等	備考	
訪問介護	回/月		通所介護	回/月		
訪問入浴介護	回/月			通所リハビリ	回/月	
訪問看護	回/月			短期入所	回/月	
訪問リハビリ	回/月			その他	回/月	

サービスに対する本人または家族の希望等

家族・親族の状況 (申込者以外の方)

フリガナ		続柄	電話	-	-
氏名			FAX	-	-
			携帯	-	-

住所 〒 -

利用者との関係 良好 疎遠 その他 ()

介護老人福祉施設 入所申込に伴う意見書

利用者名 _____ 様 _____ 記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

○ 日常生活動作

移動 自分で歩ける 杖を使用する 歩行器を使用する
 手引き誘導で歩ける 車椅子を使用する 車椅子操作 可能 全介助
 特記事項 (_____)

食事形態 主食 ご飯 お粥 それ以外 (_____)
 副食 普通 細かくする それ以外 (_____)

摂取動作 自分で食べられる 食器を渡せば食べられる 自分では食べられない
 特記事項 (_____)

排泄 自分で出来る 介助・見守り・確認が必要 オムツを使用する
 場所 トイレ ポータブルトイレ 夜間のみ 昼夜とも
 特記事項 (_____)

整容 自立 一部介助 全介助
 特記事項 (_____)

更衣 自立 一部介助 全介助
 特記事項 (_____)

入浴 自立 一部介助 全介助
 特記事項 (_____)

○ 身体の状況 ※ 麻痺や拘縮など、介護を要する身体状況

※障害高齢者の日常生活自立度 (J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2)

○ 認知症 ※ 介護や見守りを要する認知症状

※認知症高齢者の日常生活自立度 (I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M)

○ 疾患等 ※ 医療器具の使用や注意を要する疾患、介護や看護を要する疾患

○ その他の留意点

記入者		職種	
区分	居宅介護支援事業所	在宅介護支援センター	その他(_____)
所属	事業者名	電話	- -

ご 案 内

この度は、寿楽荘施設入所をご希望いただきまして有難うございます。
入所申し込み手続きとしまして、下記のものをご用意・ご提出ください。

I . 介護老人福祉施設 入所申込書(A4サイズ×2枚)

II . 介護老人福祉施設 入所申込に伴う意見書(A4サイズ×1枚)

III . 診療情報提供書

入院先医療機関やかかりつけ医師、ケアマネージャーにご相談下さい。
様式は問いませんが、「障害高齢者及び認知症高齢者の日常生活自立度」
の評価は、必ず記載をお願いします。

日常生活自立度に関する資料は、直近の認定調査の際に作成された
「主治医意見書」を代用いただけます。

交付に関しましては、保険者へお問い合わせください。

宛名は双葉会診療所(寿楽荘に隣接する医療機関)でお願いします。

IV . ご本人に関すること

すぐ前の出来事は忘れてしまっても過去のことは憶えています。
記憶を引き出し、共感しながら心の安定をはかり、懐かしい・楽しいといった
思い出を蘇らせることで、精神的に心地よい環境を作り出し安定を図ることを
目的としています。

※ . 介護保険・医療保険・その他手帳証書等は、それぞれコピーをご準備ください、

ご提出いただきました資料をもとに、施設内入所判定委員会での優先度評価
が行われます。

追加資料としてでしたら他施設への入所申込書・病院でのリハビリ情報なども
添付可能ですが、上記4種類の書類をご用意いただけない場合、及び内容に
不足がある場合は、入所申込書とは認められませんのでご注意ください。

この申込書は、施設所在地である奥多摩町の介護老人福祉施設等入所指針に
基づき作成されたものです。要介護1又は2の方に対する特例入所にも対応して
おりますが、奥多摩町以外の特例入所相談は保険者の確認が必要となります
のでご注意ください。

介護老人福祉施設 寿楽荘

生活相談員 堀口 純

〒 198-0213

東京都西多摩郡奥多摩町海沢497番地

TEL 0428-83-2338