

## 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 type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input 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	令和 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 type="text"/>
被保険者番号	<input type="text"/>		
要介護度	1・2・3・4・5・申請中 (申請日 令和 年 月 日) (特例入所)		
有効期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		
負担割合	1割	2割	3割
負担限度額認定証区分	第1段階	第2段階	第3段階(1・2) 第4段階
登録ケアマネージャー			
事業所名		電話	-
マネージャー名		FAX	-

### 医療保険内容

<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険	<input type="checkbox"/> 国民健康保険	<input type="checkbox"/> その他(                      )
<input type="checkbox"/> 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	
精神保健福祉手帳・自立支援医療証	有・無	種類・記号番号	
年金(国民・厚生・共済)	有・無	種類・記号番号	

フリガナ		続柄		電話	-	-
申込者				FAX	-	-
				携帯	-	-
住所	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					
	メールアドレス @					
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 ( )

利用者・介護者等の状況 (※特例入所要件関連項目)

利用者には配偶者が  いる  いない (  未婚  離別  死別 )  
 利用者には子供が  いる (具体的に )  いない  
 利用者には介護者が  いる (具体的に )  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	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				
	メールアドレス @				
利用者との関係	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 疎遠 <input type="checkbox"/> その他 ( )				

○ 日常生活動作等 該当する□にチェック☑を入れてください。

食事	<input type="checkbox"/> 手の届くところに食べ物を置けば、トレイあるいはテーブルから一人で食べられる。
	<input type="checkbox"/> 食べ物を切る、刻み食を用意する、トロミを付ける、食べ残しを確認するなど介助や見守りが必要。
	<input type="checkbox"/> 全て介助を必要とする。
形態	主食 <input type="checkbox"/> ご飯 <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> それ以外 ( ) 副食 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 細かくする <input type="checkbox"/> それ以外 ( )
移乗	<input type="checkbox"/> 車いすで安全にベッドに近づき、ブレーキをかけ、フットレストを上げてベッドに移り、臥床になる。 再び起きて車いすを適切な位置において、腰掛ける動作ができる。 車いすを使わずに移乗ができる。
	<input type="checkbox"/> どの段階かで、部分介助あるいは見守りが必要。
	<input type="checkbox"/> 座ることはできるが、移動は全て介助を必要とする。
	<input type="checkbox"/> 全て介助を必要とする。
整容	<input type="checkbox"/> 洗面、歯磨き、整髪、ひげそり(男性のみ)が、全てできる。
	<input type="checkbox"/> 部分介助あるいは全て介助を必要とする。
トイレ動作	<input type="checkbox"/> 衣服の着脱や後始末ができる。 ポータブルトイレを使用している場合は、その洗浄までできる。
	<input type="checkbox"/> 身体を支えたり、トイレトーパーを使用する場合や衣類の着脱に介助が必要。
	<input type="checkbox"/> 全て介助を必要とする。
入浴	<input type="checkbox"/> 全て一人でできる。
	<input type="checkbox"/> 洗えない部分の介助ほか、何らかの介助を必要とする。
歩行	<input type="checkbox"/> 45m以上を一人で歩ける。(補装具・杖の使用は可 ※車いす・歩行器は不可)
	<input type="checkbox"/> 45m以上を介助や見守りがあれば歩ける。
	<input type="checkbox"/> 歩行はできない。車いすを使えば一人で移動ができる。
	<input type="checkbox"/> 全て介助を必要とする。
階段昇降	<input type="checkbox"/> 手すりに掴まったり、杖を使用すれば昇降が出来る。
	<input type="checkbox"/> 介助あるいは見守りが必要。
	<input type="checkbox"/> できない。
着替え	<input type="checkbox"/> 靴・ファスナー・装具などの着脱も含め、全て一人でできる。
	<input type="checkbox"/> 一部介助をすれば、半分以上は自分でできる。
	<input type="checkbox"/> 全て介助を必要とする。
排便	<input type="checkbox"/> 失禁なし。浣腸、座薬の取扱いもできる。
	<input type="checkbox"/> 時々失禁あり。浣腸、座薬の取扱いに介助が必要。
	<input type="checkbox"/> 全て介助を必要とする。
排尿	<input type="checkbox"/> 失禁なし。
	<input type="checkbox"/> 時々失禁あり。収尿器の取扱いに介助が必要。
	<input type="checkbox"/> 全て介助を必要とする。
障害高齢者の日常生活自立度 ( J1・ J2・ A1・ A2・ B1・ B2・ C1・ C2 )	
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	

## ご本人に関すること

施設職員がご本人のことをより詳しく理解するための助けにします。

過去の記憶を引き出し、懐かしい・楽しいといった思い出を蘇えらせることで精神的安定を図ることを目的としています。書けるところだけで結構です。

現在同居している人は？ <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 (                      ) <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> その他(                      )
子供のころに過ごした場所は？ 住んでいた場所 (                      )      遊んでいた場所 (                      ) その他(                      )
最後に出た学校は？ <input type="checkbox"/> 小学校 <input type="checkbox"/> 中学校 <input type="checkbox"/> 高等学校 <input type="checkbox"/> 大学 <input type="checkbox"/> その他(                      )
どんな仕事をされてきましたか？ <input type="checkbox"/> 公務員 (                      ) <input type="checkbox"/> 農業・漁業 (                      ) <input type="checkbox"/> 営業系 (                      ) <input type="checkbox"/> 事務系 (                      ) <input type="checkbox"/> 専門職 (                      ) <input type="checkbox"/> 自営業 (                      ) <input type="checkbox"/> その他 (                      )
性格は？ <input type="checkbox"/> 温厚 <input type="checkbox"/> 頑固 <input type="checkbox"/> 几帳面 <input type="checkbox"/> 社交的 <input type="checkbox"/> 神経質 <input type="checkbox"/> 責任感が強い <input type="checkbox"/> 積極的 <input type="checkbox"/> その他(                      )

以下の各項目で「以前していたこと」、「今もしていること」、「今後チャレンジしてみたいこと」を教えてください。

	以前 していた	今もしている	今後チャレン ジしたい
自転車・車の運転			
電車・バスでの外出			
動物の世話			
ボランティア活動 (                      )			
お参り・宗教活動			
読書(新聞含む)			
俳句・短歌・川柳			
書道・習字			
絵を描く・絵手紙			
パソコン・スマートフォン・タブレット			
映画・観劇・演奏会			
歌を歌う・カラオケ			
音楽を聴く・楽器演奏			
将棋・囲碁・麻雀・ゲーム等			
体操・運動			
散歩			
ダンス・踊り			
野球・相撲・サッカー等観戦(具体的に                      )			
編み物・手芸			
その他(                      )			

## ご 案 内

この度は、琴清苑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×3枚)
  - II . 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。  
主治医意見書の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をお願いします。
  - III . 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3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 琴清苑  
生活相談員 佐々木健児  
〒 198-0212  
東京都西多摩郡奥多摩町氷川1139番地  
TEL 0428-83-3932