介護老人福祉施設入所申込書兼調査票

申　込　日
令和　　年　　月　　日

申込者（窓口に来た人）

氏　名		本人との続柄	□配偶者　□子（同居・別居） □その他（　　）
住　所	〒　　－		
電　話	携帯電話		

入所希望者の状況	被保険者番号	０００００	認定有効期間	平成　年　月　日まで
	ふりがな 氏　名		要介護度	１・２・３・４・５
			性　別	男・女
	生年月日	明・大・昭　　年　月　日　（満　　歳）		
	現住所	〒　　－		
	入所希望施設	□フラワープラム　□不老の郷　□みずほ園　□良友園　□その他（　　）		
	ご本人の居所	□在　宅　□病　院　□老人保健施設　□その他（　　） 施設名 期　間　平成　年　月　日から入所・入院している 住　所　電話		
主な介護者	ふりがな 氏　名		性別	男・女
			本人との関係	
			生年月日	明・大・昭　年　月　日
	同居の区分	□　同居している		
		□　別居している（住所　　）		
	介護している上で困っていること			
連絡先	氏名　続柄	住所 電話　携帯電話		
	氏名　続柄	住所 電話　携帯電話		
同意書	私は、この申込書の内容を保険者（瑞穂町）・居宅介護支援事業所・私の担当ケアマネージャー・入所を希望する施設へ提供することに同意します。また、入所申込者名簿作成にあたり、転出等の資格異動状況について、入所申し込みをした施設から保険者へ確認することに同意します。 本人署名			

※この申込書に「介護保険被保険者証」のコピーを添付してください

介護老人福祉施設入所申込書兼調査票（入所申込者状況票）

記入日
令和　　年　　月　　日

被保険者番号	０００００	氏　名	
記入者		本人との関係	

同居の方について	□ひとり暮らし　□ご夫婦のみ（相手の方の年齢　　歳） □ご夫婦以外に同居者がいる（どなたですか　　）	
入所希望者を主に介護している方について	介護している方は	□配偶者　□その他（　　）　年齢　歳 □健康である □難病等である（病名　　）　□障害がある（　級・度） □要介護１以上　□要支援　□病　弱 □働いている（週　　時間）　□働いていない □本人以外にも介護をしている　□育児中
	介護している方の精神的負担	□本人に対し思わず怒鳴ったり、暴力を振るったり、振るいそうになる □本人に対し思わず無視したり、放置したり、放置したくなる □本人に対し動かないように縛る、鍵をかけるなど、抑制することがある □その他（具体的に　　）
介護を手伝う方について	介護を手伝う方は、□いる（どなたですか　　）　□いない	
お住まいについて	今のお住まいは、　□自宅　□自宅以外（具体的に　　） → 自宅以外にお住まいの方は、戻る自宅が　□ある　□ない	
介護する上での住宅の問題について	□２階以上の建物でエレベーターがない　□介護専用の部屋がない □自分の部屋とは別の階にトイレや風呂がある □家屋が著しく老朽化（築２０年以上）している　□立ち退きを求められている	
その他の特別な状況	□老人保健施設を転々としているため、本人の生活が安定していない □病院・有料老人ホーム等入所中で、経済的に問題がある □その他、入所を希望する事情がある （具体的に　　）	
本人について	□徘徊する　□奇声や大声をあげる　□暴言や暴力的な行動がある □夜間不眠や昼夜の逆転がある　□被害妄想がある　□火の不始末がある □食べ物以外の物を口の中に入れてしまう　□不快な性的行動がある □感情不安定である　□放尿がある　□放便がある　□不潔行為がある □介護に対して拒否的である □その他介護する上で問題行動となる行動がある （具体的に　　）	

裏面もご記入ください

本人の日常生活状況（○印を記入）	状況 / 自分で可 / 一部介助 / 全介助 歩行 トイレ 食事 入浴 衣服着脱 状況 / 無 / 有 おむつ 聴力障害 視力障害 言語障害 認知 障害がある 級・度 その他
特別な医療の状況（あてはまるものにし印）	□経管栄養　□胃ろう　□尿管カテーテル　□在宅酸素　□インシュリン □人工透析　□ペースメーカー　□気管切開　□ストマ（人工肛門） □中心静脈栄養　□褥　瘡　□疥　癬　□MRSA □その他（　　）
介護保険サービス等の利用について	□在宅でサービスを利用している　□施設に入所している （入所施設名　　）
入所希望の時期について	□すぐ入所したい　□１年以内に入所したい □いずれ入所したいが、まだ在宅で生活したい □その他（　　）
入所を希望している人は誰ですか	あてはまるものすべてを選んでください □本　人　□配偶者　□同居家族　□別居家族 □その他（　　）
担当の介護支援専門員（ケアマネージャー）はいますか	□い　る　□いない →氏　名　　事業所名 所在地 電　話
主治医はどなたですか	氏　名　　医療機関名 所在地 電　話
（参考）瑞穂町内にある特別養護老人ホームへの入所申し込みについて	２か所以上の施設へ入所申し込みを　□している　□していない ↓ 入所希望順位が　□あ　る　□な　い 第１希望（　　）　第２希望（　　） 第３希望（　　）　第４希望（　　）
その他特記すべき事項	