

(別紙様式1)

# 郡上市内特別養護老人ホーム入所申込書

新規 ・ 更新 ・ 変更

施設名 \_\_\_\_\_ 施設長 様

申込日 \_\_\_\_\_ 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

入所を希望するので、次のとおり申込みます。

入所希望者	フリガナ						性別	生 年 月 日					
	氏 名						男・女	大・昭 年 月 日 ( 歳)					
	住 所	〒 _____ _____											
保険者・番号							認定年月日	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日					
被保険者番号							認定の有効期間	始 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日					
要介護度		1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5						終 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日					
介護支援専門員		居宅介護支援事業者 _____					介護支援専門員名						

申込者	フリガナ						性別	続柄	生 年 月 日				
	氏 名						男・女		大・昭 年 月 日 ( 歳)				
	住 所	〒 _____ _____											
									自宅TEL _____ 携 帯 _____				
その他連絡先	フリガナ						性別	続柄	生 年 月 日				
	氏 名						男・女		大・昭 年 月 日 ( 歳)				
	住 所	〒 _____ _____											
									自宅TEL _____ 携 帯 _____				

※申込み者以外の方への連絡を希望される方は、その他の連絡先欄もご記入ください。

申込み状況	<input type="checkbox"/> 当施設のみ申込み <input type="checkbox"/> 他の施設も申込んでいる。又は申し込む予定。			
	既に申込んだ施設名	①	②	
	申込み予定の施設名	③	④	

同意書	私は、入所申込みに際して、入所順番の決定方法及び状況の変化に伴う届出について、施設から説明を受けました。					
	入所判定及び入所申込者の状況把握に必要な場合は、施設が市町村、地域包括支援センター居宅介護支援事業者、他の介護保険施設、事業所等から必要な情報を得ることに同意します。また、施設が行政機関からの求めに応じて情報提供することに同意します。					
		平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 氏 名			印 本人との続柄( )	

※介護保険証の写し・直近3ヵ月のサービス利用票及び別表の写し(在宅でお過ごしの方のみ)を添付してください。

※連絡先の変更、申込み終了(移転・施設入所・死亡)等がありましたらご連絡ください。

初回申込日	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日					受付日	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日				
						受付者					

# 調査票① 入所希望者の状況

記入日 年 月 日

現在の居所	<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 (家族構成 )				
	<input type="checkbox"/> 介護施設等に入っている (施設名		入所期間 年 月 ~ 年 月 )		
	<input type="checkbox"/> 病院等に入院している (病院名		入院期間 年 月 ~ 年 月 )		
入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ <input type="checkbox"/> 半年以内 <input type="checkbox"/> 一年以内 <input type="checkbox"/> その他				
入所を希望する理由	<input type="checkbox"/> 介護する者がいないため・または不存在と同等 ( )				
	<input type="checkbox"/> 介護する者が遠く離れた所に住んでいるため ( 住所 )				
	<input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢 歳」「障害・手帳 級」「病気・怪我」により介護することが困難なため				
	<input type="checkbox"/> 介護する者が就労していて介護することが困難 ( 1ヶ月 日、1日 時間程度)				
	<input type="checkbox"/> 介護する者が他の者の介護 (要介護度 ) や育児 ( 歳 ) を行っているため				
	<input type="checkbox"/> 主な介護者以外に介護を手伝う者がいないため				
	<input type="checkbox"/> 介護する者の身体的・精神的負担が大きい				
	<input type="checkbox"/> 居住環境の事情により、十分な介護をすることが困難なため				
	<input type="checkbox"/> 施設や病院から退所(退院)を求められているため				
<input type="checkbox"/> その他 ( )					
認知症等による 周辺症状	<input type="checkbox"/> 心療内科等の受診(病院名 )				
	<input type="checkbox"/> 徘徊	<input type="checkbox"/> 不潔行為	<input type="checkbox"/> 不穏行動	<input type="checkbox"/> 自傷行為	
	<input type="checkbox"/> 暴力行為	<input type="checkbox"/> 昼夜逆転	<input type="checkbox"/> 異食行動	<input type="checkbox"/> 火の不始末	
	<input type="checkbox"/> 被害妄想	<input type="checkbox"/> その他 ( )			
<input type="checkbox"/> ほとんど毎日 <input type="checkbox"/> 週3~4回程度 <input type="checkbox"/> 週1~2回程度 <input type="checkbox"/> 月数回程度					
介護に関する 状況	飲水食事摂取	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	排便	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	歩行	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	衣類着脱	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	視力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やや見えにくい	<input type="checkbox"/> かなり見えにくい	<input type="checkbox"/> 全く見えない
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やや聞こえにくい	<input type="checkbox"/> かなり聞こえにくい	<input type="checkbox"/> 全く聞こえない
	意思の伝達	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やや伝えにくい	<input type="checkbox"/> かなり伝えにくい	<input type="checkbox"/> 全く伝えられない
医療に関する状況	<input type="checkbox"/> 定期的な病院受診(病院名 )				
	<input type="checkbox"/> 経鼻栄養	<input type="checkbox"/> 胃ろう	<input type="checkbox"/> 在宅酸素療法	<input type="checkbox"/> インスリン注射	
	<input type="checkbox"/> 人工透析	<input type="checkbox"/> 人工肛門	<input type="checkbox"/> バルーンカテーテル		
	<input type="checkbox"/> その他 ( )				
【現在治療中の病気・主な内服薬】					
【その他健康に関する特記事項】					

## 調査票② 主たる介護者の状況・その他

主たる介護者の状況	フリガナ		性 別	男・女	生年月日	大・昭・平	続柄	
	氏名					年 月 日 ( 歳 )		
住 所	〒							
		TEL						
居住関係	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	入所希望者宅までの所要時間 ( 分 )						
就労状況	<input type="checkbox"/> 就労していない <input type="checkbox"/> 就労している	( 1ヵ月 日、 1日 時間程度 )						
健康状態	<input type="checkbox"/> 健康	<input type="checkbox"/> 疾患等で定期的に通院・病名 ( )						
	<input type="checkbox"/> 病弱	<input type="checkbox"/> 入院していないが継続的な治療必要・病名 ( )						
	<input type="checkbox"/> 重篤な病気(病名)	<input type="checkbox"/> 要入院加療 ( ヵ月程度・病名 )						
身体状況	<input type="checkbox"/> 障がい有 級 ( 障がいの種類 )	<input type="checkbox"/> 無						
要介護度	<input type="checkbox"/> 有 要支援 ・ 要介護度 1 ・ 2 ・ 3	<input type="checkbox"/> 無						
他に対応を要する家族の有無	<input type="checkbox"/> 育児に必要な家族がいる ( 子どもの年齢 歳 )							
	<input type="checkbox"/> 3ヵ月以上看病(付添)に必要な家族がいる ( 自宅療養 ・ 入院中 )							
	<input type="checkbox"/> 入所希望者以外に介護に必要な家族がいる ( 要支援 ・ 要介護度 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 )							
	<input type="checkbox"/> 介護に必要な障害を有する家族がいる ( 級 ・ 種類: )							
介護協力者の有無	<input type="checkbox"/> 同居親族に協力者がいる ( 関係 )							
	<input type="checkbox"/> 同居以外の親族に協力者がいる ( 関係 )							
	<input type="checkbox"/> 親族以外の協力者(近隣者等)がいる ( 関係 )							
	<input type="checkbox"/> 協力してくれる人はいない ( )							
【介護をして困っている事、その他特記すべき事項をお書きください】					【家族状況図】			
					本人 └ 配偶者(有・無)			

### ※施設記入欄

利用月	支給限度額	利用単位
① 月	単位	単位
② 月	単位	単位
③ 月	単位	単位
合計	A 単位	B 単位
3ヵ月の平均利用率	% ( 少数以下四捨五入 )	

### ※家族記入欄

在宅サービス利用期間	申込み期間
<input type="checkbox"/> 4年以上	<input type="checkbox"/> 3年以上
<input type="checkbox"/> 3年以上	<input type="checkbox"/> 2年以上
<input type="checkbox"/> 2年以上	<input type="checkbox"/> 1年以上
<input type="checkbox"/> 1年以上	<input type="checkbox"/> 1年未満
<input type="checkbox"/> 1年未満	