入　居　申　込　書

特別養護老人ホーム　栃の実荘
施設長　　石橋　隆通　　殿

申込日	令和　　年　　月　　日
受付日	令和　　年　　月　　日
担当者名	

申込者（本人でない場合は、申込代理者）

住所	〒
フリガナ 氏名	入居希望者との関係 （　　）
電話	

申込先（入居施設名）				介護保険者	
入居希望者の状況	（フリガナ）		性別	被保険者番号（介護保険）	
	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	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで
	現住所	〒 TEL			
	現　　況	□自宅で一人で暮らしている　□自宅で家族と暮らしている □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：　　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）	□介護する者がいないため。 □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。 □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。 □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。 □居住環境の事情により、十分な介護が困難なため。 □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。 **□要介護１又は要介護２の方**が入所するためには、下記のいずれかに該当することが必要です。ご自身での判断で該当すると思われる項目に印を付けてください。 **□　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。** **□　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。** **□　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。** **□　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。** □その他（　　）			

	医療の状況	□経管栄養　□胃ろう　□在宅酸素　□インシュリン注射　□その他 （　　） 【現在治療中の病気・特記事項等】
	申 込 状 況	□当該施設のみ申し込む。□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 ◇既に申し込んでいる他の施設名（　　）（　　） ◇今後申し込む予定の他の施設名（　　）（　　）
説明確認欄	私は、入居申込みに際し、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。 令和　　年　　月　　日 氏　名　　印	
同意書	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。 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。 令和　　年　　月　　日 氏　名　　印	

入所に係る介護支援専門員意見書

1．本人の状況

要介護度	1　2　3　4　5
認知症における日常生活自立度	M　Ⅳ　Ⅲ　Ⅱ　Ⅰ

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

3．主たる介護者・家族等の状況の評価

世帯の状況	独居　高齢者世帯　その他
介護者の年齢・続柄	歳
介護者の介護負担	非常に重い　重い　やや重い　普通
介護者が障害や疾病	無・有（　）
介護者の就労	無・有（職種等　日／週、　時間／日）
他の要介護者	無・有（　要支援、　要介護１　2　3　4　5
介護者の育児、家族の病気	無・有（　）
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　ふつう
他の同居介護補助者	無・有（続柄　日／週程度　）
別居血縁者介護協力	無・有（続柄　日／週程度　）
近隣者等の介護協力	ほとんどなし　随時あり　常時あり
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

4．介護支援専門員の入居への意見（特記事項）

令和　　年　　月　　日

事業所名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

住　　所　〒＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

連絡先　Tel　　fax＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

記入者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印