

受付日付印

施設記入欄	
辞退・取消等	年 月 日
	入居・取消・死去

様式1、様式2は入居希望者（家族等）が記入
 様式3、様式4は担当介護支援専門員等が記入

入居申込書

特別養護老人ホーム五十鈴荘 様

申込年月日： 年 月 日

入居希望者

保険者名

フリガナ	福知山市・綾部市・舞鶴市・その他（ ）		
氏 名	要介護度		介護保険被保険者番号
生年月日	大正・昭和	性別	認定有効期間
	年 月 日	男・女	
現住所	〒		電話番号（ ）

主たる介護者

入居希望者との続柄

フリガナ	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 夫/妻 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 その他（ ）		
氏 名	昭和・平成		性別
	年 月 日	男・女	
現住所	〒		電話番号（ ）

申込者（※主たる介護者と申込者が同じであれば記入不要） 入居希望者との続柄

フリガナ	<input type="checkbox"/> 夫/妻 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 その他（ ）		
氏 名	昭和・平成		性別
	年 月 日	男・女	
現住所	〒		電話番号（ ）

担当介護支援専門員等

氏 名	連絡先
事業所名	

入居を希望する理由（複数選択可）

- 介護者がいないため
- 介護する者が「高齢」、「障害」、「疾病」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・精神的疲労が大きい
- 住環境の事情により介護が困難なため
- 施設や病院など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
- 介護保険の居宅サービス給付の区分支給額を超えており、経済的負担が大きい

具体的な事柄

経済的事項の有無 無 有（ ）

希望居室 (施設)	五十鈴荘	<input type="checkbox"/> ユニット型個室	<input type="checkbox"/> 従来型個室	<input type="checkbox"/> 4人部屋
	きらら	<input type="checkbox"/> ユニット型個室	<input type="checkbox"/> 風花 (GH)	

入居希望者の意思確認

特記事項

- 拒否している
- 同意している
- 希望している
- 本人は申し込んでいることを知らない
- 本人に説明したが理解できない

上記入居希望者について、この入居申込書により入居を希望します。また次の項目について同意します。

- ・ 申込施設が担当介護支援専門員等から入居判定に必要な入居申込者等の状況情報を受けること
- ・ 入居希望者の状況について申込施設から担当介護支援専門員等並びに、行政機関（保険者、若しくは京都府）にこの申込書の内容を必要に応じて情報紹介すること
- ・ 入居待機中に、本申込書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、介護の状況について変更があった場合は速やかに申込施設に連絡すること

令和 年 月 日

入居希望者の氏名： (印)

代筆者の氏名： (印)

入居希望者との続柄（ 夫/妻 子 その他（ ）

《 代筆の理由 》

【 介護支援専門員等が記入 】

障害高齢者の日常生活自立度

認知症老人自立度

入居希望者氏名	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> J1	<input type="checkbox"/> J2	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> II a
	<input type="checkbox"/> A1	<input type="checkbox"/> A2	<input type="checkbox"/> B1	<input type="checkbox"/> II b	<input type="checkbox"/> III a	<input type="checkbox"/> III b
	<input type="checkbox"/> B2	<input type="checkbox"/> C1	<input type="checkbox"/> C2	<input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> M	

家族関係図

身体の状況

食 事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全部介助	<input type="checkbox"/> 経管栄養 ()
	[主食] <input type="checkbox"/> 普通食	<input type="checkbox"/> 半 粥	<input type="checkbox"/> 全 粥	<input type="checkbox"/> ミキサー
	[副食] <input type="checkbox"/> 普通食	<input type="checkbox"/> 一〇大	<input type="checkbox"/> 刻み食	<input type="checkbox"/> ミキサー
排 泄	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全部介助	
	排泄種類	<input type="checkbox"/> オムツ	<input type="checkbox"/> 紙パンツ	<input type="checkbox"/> 布パンツ
入 浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全部介助	
	<input type="checkbox"/> 一般浴	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 中間浴	<input type="checkbox"/> 特殊浴槽 <input type="checkbox"/> 清拭
更 衣	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全部介助	
移 動	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全部介助	
	移動種類	<input type="checkbox"/> 歩行	<input type="checkbox"/> 杖/老人車等	<input type="checkbox"/> 車椅子
視 力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やや悪い	<input type="checkbox"/> 人の動きが見える程度	<input type="checkbox"/> 見えない
	<input type="checkbox"/> 見えているか判断不明			
聴 力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やや悪い	<input type="checkbox"/> 大声が聞き取れる	<input type="checkbox"/> 聞こえない <input type="checkbox"/> 補聴器使用
	<input type="checkbox"/> 聞こえているか判断不明			
麻 痺	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり (部位:)		
意思伝達	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 時々できる	<input type="checkbox"/> ほとんどできない	<input type="checkbox"/> できない
言 語	<input type="checkbox"/> 口頭	<input type="checkbox"/> 筆談等	<input type="checkbox"/> 手話等	<input type="checkbox"/> その他 ()
	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 聞き取りにくい	<input type="checkbox"/> 聞き取れない	
指示への反応	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 少しできる	<input type="checkbox"/> できない	

認知症の状況としての行動障害

頻度

主 な 症 状	頻 度				
		月間	週間		
被害的妄想がある	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 1回以上	<input type="checkbox"/> 1回以上	<input type="checkbox"/> 3回以上	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日
色々なものを集める	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 1回以上	<input type="checkbox"/> 1回以上	<input type="checkbox"/> 3回以上	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日
幻視・幻聴がある	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 1回以上	<input type="checkbox"/> 1回以上	<input type="checkbox"/> 3回以上	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日
感情が不安定である	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 1回以上	<input type="checkbox"/> 1回以上	<input type="checkbox"/> 3回以上	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日
昼と夜が逆転する	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 1回以上	<input type="checkbox"/> 1回以上	<input type="checkbox"/> 3回以上	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日
暴言暴力など介護に抵抗がある	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 1回以上	<input type="checkbox"/> 1回以上	<input type="checkbox"/> 3回以上	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日
物や衣類を壊す	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 1回以上	<input type="checkbox"/> 1回以上	<input type="checkbox"/> 3回以上	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日
不潔行為がある	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 1回以上	<input type="checkbox"/> 1回以上	<input type="checkbox"/> 3回以上	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日
異食行為がある	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 1回以上	<input type="checkbox"/> 1回以上	<input type="checkbox"/> 3回以上	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日
自傷行為がある	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 1回以上	<input type="checkbox"/> 1回以上	<input type="checkbox"/> 3回以上	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日
大声・奇声をあげる	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 1回以上	<input type="checkbox"/> 1回以上	<input type="checkbox"/> 3回以上	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日
徘徊がある	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 1回以上	<input type="checkbox"/> 1回以上	<input type="checkbox"/> 3回以上	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日

具体的な事柄

【 介護支援専門員等が記入 】

医療機関名				主治医	
既往歴				現病歴	
医療的処置	<input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> 酸素栄養 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> ストーマ (人口肛門) <input type="checkbox"/> インシュリン注射	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 吸引	<input type="checkbox"/> 胃ろう	

現在利用しているサービス等

在宅介護サービスを利用している 過去に利用していた

在宅介護サービス（訪問介護・通所介護・短期入所・訪問看護等）を利用されている（いた）方は、直近のサービス利用票及び別表を必ず添付してください

在宅介護サービスを利用していない

施設に入居（院）している場合

施設名（病院名）	入居（院）期間	令和	年	月	日	から
	所在地					
	退苑（院）予定日	令和	年	月	日	まで

※ 入居（院）前に在宅介護サービスを利用されておりましたら、直近のサービス利用票及び別表を添付してください

主たる介護者の状況

同居の有無 同居 別居 詳細 ()

<input type="checkbox"/> 身寄りがないなど、介護する者がいない <input type="checkbox"/> 介護者が就業しており介護に支障がある <input type="checkbox"/> 介護者が病気等のため、長期治療・療養中 <input type="checkbox"/> 介護者が妊娠している・育児中 <input type="checkbox"/> 介護者が高齢・障害を有する <input type="checkbox"/> 介護者が他の方も介護・看病している <input type="checkbox"/> 近隣者等、介護協力者がいない	<input type="checkbox"/> 介護者が遠隔地にいる（居住地： ） <input type="checkbox"/> 介護者の介護疲れがひどい <input type="checkbox"/> 介護にほとんど関わっていない <input type="checkbox"/> 別居親族による介護協力者がいない <input type="checkbox"/> 同居の介護者がいる（ 人） <input type="checkbox"/> 介護者が近隣にいる <input type="checkbox"/> 同居者に介護協力者がいない
--	--

具体的な事柄

在宅生活の支障ある状況及び住環境

介護保険の利用限度額を超えて居宅サービスを自費負担して経済的に困難である

介護の居宅サービスを十分利用できないほど経済的に困難である

施設及び病院時の入居（入院）中だが退所（退院）を求められていて帰る家がない（家はあるが住める状況でないことも含む）

住環境の事情で在宅生活に支障（危険）であり改善することが困難である

住環境の事情で十分な介護が困難であり改善できない

具体的な事柄

本用紙記入者

事業所（病院）名					
令和	年	月	日	職種：	氏名：
				<input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 氏名： ⑩