



指定介護老人福祉施設〔特別養護老人ホーム〕等入所申込書兼台帳

申込者連絡先 <small>(家族等代理の方の場合)</small>	氏名：	続柄
	〒	
	住所：	
	電話番号	

施設記入欄	申込日	年 月 日	受付日	年 月 日
	受付番号		担当者名	
	法人名			
	入所申込施設名			
	保険者への報告	不要 ・ 要 報告日： 平成 年 月 日		

今後、郵便物などはこの連絡先にお送りさせていただきます。

本人の状況	(フリガナ)		性別		保険者(番号)	
	氏名		男 女		被保険者番号	
	生年月日	明・大・昭 年 月 日(満 歳)	要介護認定期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで ※未申請の方は記入してください 平成 年 月 日		
	要介護度	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ↓ 要介護1・2は下記のいずれかの該当が必要です <input type="checkbox"/> 認知症があり日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられる。 <input type="checkbox"/> 知的障がい・精神障がい等を伴い、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられる。 <input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待が疑われる等により、心身の安全・安心の確保が困難な状況である。 <input type="checkbox"/> 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。				
	障がいの程度	<input type="checkbox"/> 療育手帳あり (<input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2) <input type="checkbox"/> 精神障がい者保健福祉手帳あり (<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級)				
	自宅住所	〒	電話番号			
	現在の居所 ※自宅以外に居住している場合に記入	<input type="checkbox"/> 自宅で単身 <input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯 <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 他の施設や病院に入っている				
		施設・病院の名称	所在地	〒 -		
		入所又は入院期間	平成 年 月から(年 か月)	電話番号	()	
	入所申込理由	<input type="checkbox"/> 介護する者がいないため <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」、「障がい」、「疾病」等により十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者が就労していることから、(昼間独居となり常時の)十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護ができないため <input type="checkbox"/> 介護する者が遠方に居住していることにより十分な介護ができないため <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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ため <input type="checkbox"/> その他 ()				
本人の入所意向	<input type="checkbox"/> 入所を希望している <input type="checkbox"/> 迷っている <input type="checkbox"/> 拒否している <input type="checkbox"/> 知らせていない <input type="checkbox"/> 認知力低下により理解困難					

本人の状況	在宅介護継続期間	年 月 日	居宅サービスの利用の有無			<input type="checkbox"/> 有(下記も記入してください) <input type="checkbox"/> 無	
	申込日前月に利用中のサービス(月分)	訪問介護	回/月	訪問入浴	回/月	訪問看護	回/月
		通所介護	回/月	短期入所生活・療養介護	日/月	訪問リハ	回/月
		その他					
	入所希望時期	<input type="checkbox"/> 早期希望(1~3か月内) <input type="checkbox"/> 6か月以内 <input type="checkbox"/> 1年以内 <input type="checkbox"/> 1年以上()年以内					
	利用している居宅介護支援事業所名	電話番号:		担当ケアマネジャー名			
医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インスリン自己注射 <input type="checkbox"/> ストーマ(人工肛門)処置 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> その他() 現在治療中の病名 _____ 受診している医療機関 _____ 【特記事項】						
他施設への申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申込み <input type="checkbox"/> 他の施設(特養・老健・療養型・病院)にも申込んで(予定も含む) いる () 箇所) 既に申込んでいる施設名 () () 今後申込み予定の施設名 () () 特養待機期間(他施設も含む) _____年 _____か月						
主たる介護者の状況	家族構成	<input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> その他() 計 人					
	(フリガナ)	性別	年齢	本人との関係	続柄() <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		
	主たる介護者の氏名	男・女	満歳		住所: _____		
	意見等(介護等で困っていること)	(注: 身体的状況(健康状態)や仕事の有無(週の勤務日数及び時間)などを記入してください。)					
同居以外の親族・縁者者の有無について	1. 子 2. 兄弟・親戚等 3. 親族はないが援助者あり 4. 親族・援助者なし						

■注1 介護保険被保険者証・介護保険要介護認定調査票基本調査・直近3か月分のサービス利用表及び別表の写しを添付のこと
 注2 要介護度など要件や他施設へ入所されるなどの状況に変化があった場合は、すぐに施設へお知らせください。
 注3 必要に応じて申込後の状況について、施設から確認や連絡をすることがあります。
 注4 入所希望時期については、入所決定に際して、なんら影響を与えるものではありませんので、ありのままご記入ください。

入所申込みに係る同意書

指定介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）等入所の申込みにあたり、その手続きについて説明を受け、下記の事項について同意します。

記

- 入所申込みを受けた施設が介護保険の保険者[市町村等]（以下「介護保険者」という）に対し、本申込書の内容及び、施設入所選考に必要な情報を提供すること

- 介護保険者が介護保険サービスの提供に際して、必要な情報を関係する機関又は介護サービス事業者を提供すること

【要介護1又は2で特列入所の要件に該当する人のみ】

- 介護保険者が施設入所選考に際して、保有する情報や、関係する機関又は介護サービス事業者から取得した情報を、施設に対し提供すること

平成 年 月 日

入所申込者（本人） 氏名： _____

家族等代理の方 氏名： _____

主たる介護者の方 氏名： _____

指定介護老人福祉施設〔特別養護老人ホーム〕入所選考調査票

入所申込者(本人)氏名		被保険者番号							
受付番号		保険者(番号)							

ケ ア マ 年 ネ ジ 月 ヤ 日 （ 記 入 日 ） 欄	事業所名		連絡先電話番号			
	担当ケアマネジャー氏名		職種			
	基本的評価基準					
		要介護度	介護者の有無	在宅サービスの利用率	地域性	合計
		3・4・5 1・2（特列入所対象）	・単身 ・高齢者のみ世帯で介護者が要 支援以上の世帯 ・その他の世帯	% □未利用 □入院・入所中	同一市町村・ 圏域内、隣接市	点
	点数	点		点	点	
	【本人の心身の状況】			□十分なケア（ナイトケア等）が受けられない		
	□常時の介護や見守りが必要である			□病院等の入所者で帰る家がない		
	□認知症を原因とする昼夜逆転・徘徊等の問題行動があり、 介護者の日常生活に支障がある			□介護保険の利用限度額を超えて在宅サービスを自費負担して いるなど経済的理由		
	□寝たきりにより食事・排泄・入浴等日常生活全般を通じ、介 助が必要である			□その他（ ）		
□多少の一部介助や見守りを必要とする			【住環境】			
□ほとんど自立による日常生活が可能である			□居住環境の事情により十分な介護が困難（住居が狭い等）			
□その他（ ）			□在宅サービスの利用に必要な住環境に支障がある			
【介護者の状況】			□施設や病院から退所を求められている			
□介護者が全くいない			□その他（ ）			
□介護者がいるが他に介護や育児が必要な者がいる			【参考項目】			
□介護者はいるが十分な介護が困難（高齢・障がい・疾病・ 就労・その他： ）			・家族の負担感			
□介護者が遠隔地にいる			□介護疲れがひどい			
□介護者が近隣にいる			□殆どかかわっていない			
□同居の介護者がいる（ 人）			□在宅サービスを利用しているが介護疲れがある			
□その他（ ）			□在宅サービスの利用にて順調			
【在宅生活継続の可能性】			□在宅サービスの利用ないが順調			
□極めて困難			・意思疎通			
□在宅サービスを利用しても在宅生活に支障がある			□慣れた人でも意思疎通は困難			
□検討の余地あり			□家族など慣れた人なら問題はない			
□在宅サービスの利用により在宅生活の継続が期待できる			□特に問題はない			
□その他（ ）			・入所について			
【在宅生活に支障のある状況】			□強く拒否している □拒否傾向			
□近くに在宅サービス事業者がなくその利用が困難			□意思確認が困難			
			□希望はしていないが同意している			
			□同意している □強く望んでいる			
【特記事項】						

施設 設 記 入 欄	年 月 日 (記 入 日)	医療の必要性	
		同居以外の親族 や援護者の有無	
		在宅介護の可能性 ・介護者の事情	
		家族の 介護負担感	
		住環境の状況	
		その他	

入所申込書受付日	年 月 日	受付番号		入所日	年 月 日
保険者への報告	要 ・ 不要 年 月 日	保険者から の情報提供	有 無	年	月 日

施設 設 記 入 欄	年 月 日 (記 入 日)	要介護度	介護者の有無	在宅サービスの利用率	地域性	合計	
		1・2・ 3・4・5	・単身 ・高齢者のみ世帯で介護者が要支援 以上の世帯 ・その他の世帯	% □未利用 □入院・入所中	同一市町村 圏域内、隣接市		
			点	点	点	点	
		【評価すべき個別的事項等】					
欄	年 月 日 (記 入 日)	要介護度	介護者の有無	在宅サービスの利用率	地域性	合計	
		1・2・ 3・4・5	・単身 ・高齢者のみ世帯で介護者が要支援 以上の世帯 ・その他の世帯	% □未利用 □入院・入所中	同一市町村 圏域内、隣接市		
			点	点	点	点	
		【評価すべき個別的事項等】					

身体状況等報告書（特別養護老人ホーム）

◎該当する箇所に○をつけ、必要事項の記載をお願いします。

フリガナ		性別		年 月 日
氏名			生年月日	歳
現病歴		既往歴		
通院について	定期的な通院 なし ある(週 回・月 回・年 回) 不定期な通院 なし ある(疾患名:)			
現在行っている治療内容	病名 病名			


【ADL状況】

移動手段	1.歩行可 独歩 杖 歩行器 伝い歩き 手押し車							
	2.車椅子 自操 介助 リクライニング							
寝返り	自立	見守り	一部介助	全介助	〈特記事項〉			
起き上がり	自立	見守り	一部介助	全介助				
立ち上がり	自立	見守り	一部介助	全介助				
座位保持	自立	見守り	一部介助	全介助				
立位保持	自立	支持があれば可能	不可					
移乗	自立	見守り	一部介助	全介助				
移動	自立	見守り	一部介助	全介助				
転倒・転落	なし	時々	頻回	要見守り(予防策)				
運動麻痺	無	〈上肢〉	右	左	〈程度〉	軽度	中等度	重度
		〈下肢〉	右	左	〈程度〉	軽度	中等度	重度
拘縮	無	〈上肢〉	右	左	〈程度〉	軽度	中等度	重度
		〈下肢〉	右	左	〈程度〉	軽度	中等度	重度
疼痛	無	有	部位					

義歯	上	歯茎	自歯	さし歯(人工)	部分義歯	総義歯	管理手段	本人	介助	
	下	歯茎	自歯	さし歯(人工)	部分義歯	総義歯	洗浄(衛生面)	本人	介助	
食事方法		自立	見守り	一部介助	全介助	〈特記事項〉				
		箸	スプーン	フォーク	その他()					
		胃瘻		〈嚥下困難〉	有	無				
食事内容		普通食	療養食	kcal		g				
		〈好きなもの〉			〈嫌いなもの〉					
		〈アレルギー〉 なし			あり()					
飲水		自立	見守り	一部介助	全介助	〈とろみ〉		有	無	
主食		パン	米飯	おにぎり	軟飯	全粥	粥ミキサー	パン粥ミキサー	その他	
副食		普通	一口大	刻み	ごく刻み	ソフト	ミキサー	ゼリー	その他	
食事に関する特記事項										
入浴		自立	見守り	一部介助	全介助	〈特記事項〉				
		シャワー	リフト浴	寝台浴	個浴					
排泄方法		自立	見守り	一部介助	全介助	〈特記事項〉				
		〈尿意〉	有	無	〈便意〉	有	無			
	昼間	オムツ	リハビリパンツ	パット	布パンツ					
		トイレ	ポータブルトイレ	尿器						
	夜間	オムツ	リハビリパンツ	パット	布パンツ					
		トイレ	ポータブルトイレ	尿器						
更衣	上	自立	見守り	一部介助	全介助	〈特記事項〉				
	下	自立	見守り	一部介助	全介助					
整容	歯磨き	自立	見守り	一部介助	全介助					
	洗面	自立	見守り	一部介助	全介助					

視力	普通	見えにくい	右	左	全く見えない	右	左
	〈白内障〉	右	左	〈緑内障〉	右	左	
	〈眼鏡〉	有	無	()			
聴力	普通	聞こえにくい	右	左	全く聞こえない	右	左
	〈補聴器〉	有	無	()			
意志の表出	問題なし	やや困難	困難	ナースコールの使用	可	不可	
理解力	問題なし	やや困難	困難	言語障害	有	無	
皮膚疾患	無	褥瘡	表皮剥離	発赤	かぶれ	搔痒感	()
心身の状況	無気力	感情の起伏が激しい	物忘れ	見当識	被害妄想		
	不穏	暴力	徘徊	妄想	収集癖	異食行為	大声
	脱衣	幻覚	せん妄	帰宅願望	介護抵抗	不潔行為	
	夜間の興奮	その他					
特記事項							

診療情報提供書

氏名		様	男・女	生年月日	明・大・昭 年 月 日								
住所													
現在治療中の疾患		既往歴											
症状経過治療内容	(※できるだけ詳しくお書きください)												
内服薬													
療養食の有無	無・有 : 療養食指示内容 (療養食名・制限等)												
アレルギー	無・有 ()												
血液検査	白血球		クレアチニン		感染症	HBs抗原	+	・	-	皮膚疾患	疥癬: 有・無		
	赤血球		BUN			年月日	HCV抗体	+	・		-	(部位:)	
	血小板		CRP定量				実施	TPHA	+		・	-	湿疹: 有・無
	血色素		Na					MRSA	+		・	-	(部位:)
	年 TP		K		検尿	その他					褥瘡: 有・無		
	月 ヘマトクリット		FBS			蛋白	+	±	-		身長	cm	
	日 アルブミン		血液型	型	糖		+	±	-	体重	kg		
	実施 総コレステロール		Rh(+・-)				潜血	+	±	-	血压	/	
	GOT		※糖尿病のある方								mmHg		
	GPT		HbA1c	%									
X線 所見			心電図	異常なし 異常あり(所見 令和 年 月 日 実施									
			その他特記事項 注意すべき事項										
住所 医療機関名 医師名													