

指定介護老人福祉施設入居申込書

令和 年 月 日

特別養護老人ホーム花水木
施設長 遠藤 早苗 殿

申込者 住所 _____
氏名 _____ (続柄 _____)
電話 _____

特別養護老人ホーム花水木へ入居を申し込みます。

本人	ふりがな 氏名				性別	男・女		
	生年月日	明治 大正 昭和	年 月 日 (歳)		要介護 区分	1・2・3・4・5		
	現住所					郵便番号	電話番号	
	本人の 所在地			(施設、病院等)				
身元引受人	ふりがな 氏名				続柄			
	生年月日	大正 昭和 平成	年 月 日 (歳)		性別	男・女		
	住所					郵便番号	電話番号	
	勤務先					電話番号		
	緊急連絡先					電話番号		
担当介護 支援専門員		事業所名		担当者名		介護保険証		
						NO		
				認定 期間		年 月 日から 年 月 日まで		
その他保険証等		<input type="checkbox"/> 健康保険 (種別 _____ 番号 _____) <input type="checkbox"/> 年金 (種別 _____) <input type="checkbox"/> 障害者手帳 (種別 _____ 判定 _____ 級 _____ 障害名 _____)						
主治医		病院名		主治医名		電話番号 () -		
家族状況		氏名	生年月日	年齢	続柄	同・別居	住所	職業
生活保護		有・無		他施設への申込		有・無 他()ヶ所		
申込理由								

特別養護老人ホーム花水木
入居申込現況調査書

この調査は、主に介護をなさっている方とご相談の上、ご記入願います。

入居希望者の現在の状況、ご家族の状況など厳正にご記入下さい。

入居希望者氏名 様	性別	生年月日 明・大・昭 年 月 日	年齢 歳
現住所（住民票登録住所）			
本人の所在地（病院入院中・老健入所中等、現住所と同じ場合は「同上」と記入）			
記入者氏名	続柄	ご連絡先（電話・携帯電話等）	記入年月日 令和 年 月 日
記入者住所			

1. 現在の要介護度をお尋ねします。当てはまる記号を○で囲んで下さい。

イ. 要介護1 ロ. 要介護2 ハ. 要介護3 ニ. 要介護4 ホ. 要介護5

※ 要介護1または2の場合、下記項目もご確認願います。

入居判定の対象となる方は、入居申込者の内要介護3以上の方及び、居宅において日常生活を営むことが困難なことについてやむをえない事由がある方となります。ご自身の判断で該当すると思われる項目にチェックをお願いします。

- 認知症である者であって、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる。
- 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・安心の確保が困難である。
- 単身世帯である、同居家族が高齢また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。

上記項目のいずれにも該当しないことをもって、直ちに入居申込を受け付けないものではありません。申込時点での入居要件を確認するものであり、以後の状態等の変化によっては入居判定対象者となりえます。

2. 現在の状況についてお尋ねします。当てはまる記号を○で囲んで下さい。

- ① 食 事 イ. 介助なしで食事を摂取できる。
 ロ. 介護食器等の補助具を利用すれば自力で摂取することができる。
 ハ. 一部介助が必要である。
 ニ. 全てにおいて介助が必要である。
 ○ 主食（ごはん・かゆ・ミキサー）
 ○ 副食（普通・キザミ・極キザミ・ミキサー）
 ○ 経管栄養（鼻腔・胃瘻）
- ② 排 泄 イ. 1人で排泄することができる。
 ロ. 誘導や後始末等の一部介助が必要である。
 ハ. 全てにおいて介助が必要である。
 ○ おむつ・リハビリパンツ等の使用（有・無）
- ③ 入 浴 イ. 1人で入浴することができる。
 ロ. 洗い直し等の一部介助を必要とする。
 ハ. 全てにおいて介助を必要とする。
- ④ 更 衣 イ. 1人で着替えが行える。（装具等の装着も含む）
 ロ. 何らかの一部介助が必要である。
 ハ. 全てにおいて介助を必要とする。
- ⑤ 移 動 イ. 1人で歩行することができる。
 ロ. 手引き等の部分的介助や歩行器等の用具を使用すれば歩行することができる。
 ハ. 車椅子を使用し、移乗・移動を自力で行うことができる。
 ニ. 車椅子への移乗は介助が必要。移動は自力で行える。
 ホ. 自力で移動することはできない。
- ⑥ 視 力 イ. 普通（日常生活に支障がない）
 ロ. 悪い
 ハ. ほとんど見えない
 ※ 日常眼鏡・コンタクトレンズ等を使用している場合は、使用している状態でご記入
 願います。
 （使用しているもの：眼鏡・コンタクトレンズ・その他 ）
 ※ 視覚に障害がある場合はご記入願います。
 （障害名 ）

⑦ 聴力 イ. 普通（日常生活には支障がない）
ロ. やや大声
ハ. 大声
ニ. ほとんど聞こえない
ホ. 聞こえているのか判断ができない
※ 聴覚に障害がある場合はご記入をお願いします。
 (障害名)

⑧ 言語 イ. 普通（日常生活に支障がない）
ロ. 聞き取りにくい
ハ. 発語できない
※ 失語症等がある場合はご記入願います。
 (障害名)

⑨ 意思の伝達 イ. 常に誰にでも意思の伝達ができる。
ロ. 意思の伝達はあるが、内容や状況によってはできない時もある。
ハ. ほとんど伝達できない（判断できない場合も含む）。

⑩ 介護者の指示理解
イ. 介護者の指示を理解できる。
ロ. 介護者の指示に対し、内容や状況によって理解できない時がある。
ハ. 介護者の指示が理解できない（判断できない場合も含む）。

⑪ 家族の状況 イ. 1人暮らし（身寄りが全くいない）
ロ. 1人暮らし（子ども等が身の回りの世話等何らかの介護を行っている）
ハ. 高齢者世帯（65歳以上の高齢者のみで構成されている）
ニ. 子どもや孫その他の家族と同居している

⑫ 入所（院）の状況
イ. 入所（院）していない。
ロ. 老健・グループホーム・病院に入所（院）している。
※ 入所（院）先（)
※ 入所（院）日（)

3. 現在の行動範囲についてお尋ねします。当てはまる記号を○で囲んでください。

- イ. 自宅外へ1人で出かけることができる。
- ロ. 自宅外へ出かけることはないが、自宅内は自由に移動することができる。
- ハ. 車椅子や杖等を使用すれば自宅内を自由に移動することができる。
- ニ. 介助を行えば移動することができる（自宅・自宅外）
- ホ. ほとんどベッドから離れて過ごすことはない。

4. 認知症の状況についてお尋ねします。当てはまる記号を○で囲んで下さい。

- イ. 特に問題ない。
- ロ. 物忘れや行動につじつまが合わないことがあるが、日常生活に支障はない。
- ハ. 日常生活（排泄、食事、入浴、金銭管理等）がうまくできず、意思疎通が困難であるため、介護の手が必要な状態。
- ニ. 日常生活において常に目が離せない。
- ※ 徘徊・失禁・火の不始末・不潔行為・自傷行為・粗暴行為・その他（ ）

5. 医療行為の有無についてお尋ねします。医師や看護師による医療行為で現在、行われているものを○で囲んで下さい。

- イ. 点滴の管理 ロ. 酸素療法
- ハ. 経管栄養（鼻腔・胃瘻） ニ. ストーマの処置（人工肛門・人口膀胱）
- ホ. 中心静脈栄養 ヘ. 疼痛
- ト. 褥瘡（床ずれ）の処置 チ. カテーテル
- リ. インスリン注射 ヌ. その他（ ）

6. 現病と感染症の有無についてお尋ねします。ご記入願います。

現在治療している病気

(
・
・
・
・
・
)

感染症（有・無）

(
・
・
・
・
・
)

7. 在宅サービスの利用状況についてお尋ねします。当てはまるもの全ての記号を○で囲んで下さい。

イ. ショートステイ（月平均利用日数 日）

ロ. デイサービス（月平均利用日数 日）

ハ. 訪問介護：身体（週平均利用時間 時間）

ニ. 訪問介護：生活（週平均利用時間 時間）

ホ. 訪問看護（月平均利用日数 日）

ヘ. 訪問入浴（月平均利用日数 日）

ト. その他

(

)

8. その他、特別な事由等がありましたらご記入下さい。

.....
.....
.....
.....
.....

※ 担当介護支援専門員（ケアマネージャー）がいらっしゃる場合は、上記の記載について依頼し、代行していただいても結構です。なお、担当介護支援専門員が別紙を作成し、入居理由を添付することも可能です。

9. 主に介護をなさっている方についてお尋ねします。

① 性 別 イ. 男性 ロ. 女性

② 年 齢 () 歳

③ 入居希望者との続柄

イ. 配偶者 ロ. 実子 ハ. 子の配偶者 ニ. その他 ()

④ 同居・別居 イ. 同居

ロ. 別居 (住所)

⑤ 就 業 状 況 イ. 就業している (職業 勤務時間帯)

ロ. 就業していない

⑥ 育 児 状 況 イ. 小学生未満の乳幼児・児童を養育中である (人 歳)。

ロ. なし

⑦ 介 護 状 況 イ. 介護を必要とするものが1人以上いる (同居 人・別居 人)。

ロ. なし

⑧ 健 康 状 態 イ. 比較的健康である。

ロ. 腰痛・肩痛等の身体的な痛みがある。

ハ. 何らかの病気で病院に通院している。

(病名等)

ニ. 身体障害者手帳、要支援・要介護被保険者証を所持している。

※ 入居希望者が施設等利用中の場合は、その施設を退所した場合に主に介護する方の状況をご記入下さい。

委 任 状

代 理 人

住 所

氏 名

私は、上記の者を代理人と定め、指定介護老人福祉施設入居申込の手続きについてその権限を委任します。

令和 年 月 日

委 任 者 (入居希望者本人)

住 所

氏 名

⑩

代理署名者 (家族等)

住 所

氏 名

続 柄

⑩

※ 入居申込現況調査の7に該当される方のみご記入下さい。

居宅サービス利用状況確認同意書

特別養護老人ホーム花水木

施設長 遠藤 早苗 殿

私は入居申込をするにあたり、花水木が居宅サービス利用状況をケアマネージャーへ確認することに同意します。

令和 年 月 日

入居希望者

住 所

氏 名

㊞

入居申請者

住 所

氏 名

続 柄

㊞