

※太ワクの中を全て記入して下さい(不明な点は、施設にご相談下さい)

※口欄は、該当するものに×を記入して下さい

記入例

# 指定介護老人福祉施設ルーピン

従来型・ユニット型どちらも希望する場合は、両方ともチェックして下さい。

入所を希望する者	希望施設	<input checked="" type="checkbox"/> 従来型施設	<input type="checkbox"/> ユニット型施設	
	フリガナ	クラ知ウ	保険者名	東串良町
	氏名	串良 太郎	被保険者番号	4 8 2 * * * * *
	生年月日	明・(大)・昭15年**月**日(85)歳	性別	男・(女)
	現住所	(郵便番号 893-****)	電話番号(	—
		鹿児島県肝属郡東串良町●●○○○○番地△		
	認定状況	<input checked="" type="checkbox"/> 要介護認定を受けている <申込日現在の介護度> 要介護(1・2・3・(4)・5) <認定有効期間> 平成23年10月1日から平成24年9月30日まで <input type="checkbox"/> 区分変更申請中(平成 年 月 日申請) <input type="checkbox"/> 更新申請中(平成 年 月 日申請)		
		<input type="checkbox"/> 要介護認定を受けていない <input type="checkbox"/> 認定申請中 (平成 年 月 日申請)		
	世帯状況	<input type="checkbox"/> 同居家族がいない(一人暮らし) <input checked="" type="checkbox"/> 同居家族がいる		
	入所を希望する理由	<input type="checkbox"/> 介護する者がいないため。 <input checked="" type="checkbox"/> 介護する者が「高齢者」、「障害」、「疾病」等により十分な介護が困難なため。 <input checked="" type="checkbox"/> 居住環境の事情により、十分な介護が困難なため。 <input checked="" type="checkbox"/> 施設や病院から退所等を求められているが、受け入れが困難なため。 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
指定介護老人福祉施設 福留利郎 施設長殿 貴施設に入所を希望するため、申し込みます。 また、貴施設が入所判定に使用する目的で、居宅介護支援事業所から情報提供を受けることに同意します。 平成 年 月 日 (申込者) 住所 鹿児島県肝属郡東串良町●●○○○○番地△				
代理人の氏名・住所を記入し、押印して下さい(認印可)		氏名 串良 花子 (認印) (続柄) 妻		
提出者(連絡先) 氏名: 串良 花子 続柄: 妻 電話番号: 0994-##-**** 〒: 893-**** 住所: 鹿児島県肝属郡東串良町●●○○○○番地△				

こちらに記入された連絡先へ、入所判定の通知や連絡を行います。

※太ワクの中を全て記入して下さい(不明な点は、施設にご相談下さい)  
 ※口欄は、該当するものに×を記入して下さい

記入例

◎介護者・家族等の状況 ※入所申込みに対する家族の同意等は備考欄に記入して下さい。

	続柄	氏名	年齢	入所希望者と	住所	電話	備考
家族構成	妻	串良 花子	74	同居 ・ 別居	鹿児島県肝属郡東串良町●●○○○○番地△	0994-##-****	同意する
	長男	串良 大輔	53	同居 ・ 別居	鹿児島県●●◎市△△町○○××番地□	090-****-****	同意する
	長女	東 京子	51	同居 ・ 別居	東京都○○区1丁目○○	080-****-****	同意する
				同居 ・ 別居			
				同居 ・ 別居			
				同居 ・ 別居			
主たる介護者	フリガナ クシラ ハナコ			年齢	本人との関係		
	氏名	串良 花子	74	妻			
	健康状態	<input checked="" type="checkbox"/> 疾病 (具体的に) 高血圧、膝関節炎があり週1回通院している。 <input type="checkbox"/> 健康					
	介護の状況	<input type="checkbox"/> 介護する者が要介護状態のため、介護困難な状態である <input checked="" type="checkbox"/> 仕事や入所希望者以外の人の看病等があり、介護困難な状態である (具体的に) 腰痛や膝関節炎等があり、自分の事で手一杯である。 畑仕事があり、日中は家にいないことが多く、自宅での介護が困難。 <input type="checkbox"/> 多少介護は可能であるが、常時の介護は困難な状態である (具体的に) <input type="checkbox"/> 介護可能な状態である					
	介護の場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 病院又は介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> その他の施設に入所中					
	介護歴	平成 20年 8月頃から介護している ( 随時あり: 週1~2回介護に協力。 常時あり: 週3日以上介護に協力。 )					
	介護協力者	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 随時あり (氏名 _____ 続柄 _____) <input type="checkbox"/> 常時あり (氏名 _____ 続柄 _____)					
意見	(食事や排泄のこと、その他介護をしている上で困っていることなど) 現在、○○病院へ入院中。日常の全ての動作に介助が必要な状態である。 排泄については、オムツ交換を定期的に行っているが、介助を行う際に手を振り上げたり、大声を上げたり等介護に対し拒否が見られる。 食事は介助を行っているが、食事中咽せることが多い。						

申込者名

申良 太郎

病院や介護老人保健施設、他の介護保険施設等に入院・入所中の場合はこちらに記入して下さい

### ◎入所希望者の状況

サービス等の利用状況	<input checked="" type="checkbox"/> 他施設や医療機関に入っている ( ・ 施設名又は医療機関名： ○○病院 ・ 所在地： 鹿児島県○○市○1丁目□○○番△号 ・ 電話番号： 0994-**-***0      ・ F A X： 0994-**-***1 ・ 入所又は入院時期：平成 23年 6月から入所(入院)している。 ・ 施設や医療機関から退所(退院)を求められているか ( <input checked="" type="checkbox"/> いる ・ いない ) )
	<input type="checkbox"/> 以前、指定介護老人福祉施設に入所していたが、医療機関に入院するため退所した ( ・ 入所していた施設： ・ 所在地： ・ 電話番号： ・ F A X： ・ 退所した時期：平成 年 月 退所 )
	<input type="checkbox"/> 在宅で介護保険の居宅サービス(訪問・通所系サービス及び短期入所)を受けている ( ・ 居宅介護支援事業所 事業所名： 住所： 電話番号： ・ 介護支援専門員(ケアマネージャー)氏名： ※居宅サービス等が十分に受けられない理由など特にありましたらお書き下さい。 )
	<input type="checkbox"/> 在宅で介護保険の居宅サービス(訪問・通所系サービス及び短期入所)を受けていない
入所希望者の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 他施設又は医療機関に入所・入院中であるが、退所後に行き場がない (理由) 主な介護者である妻自身が、高齢で自分自身の事が手一杯であり、介護をできる状況にない。
住宅の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 段差・手すり・浴室・トイレ・居室の広さなどが介護に適さず、住宅改修も困難である (理由) 家は段差が多く、また廊下が狭いため、車椅子が通れるスペースがない。また、借家である為、住宅改修ができない。
認知症の状況	<input type="checkbox"/> 認知症の症状はない <input checked="" type="checkbox"/> 認知症の症状がある (具体的な症状を詳しく書いて下さい) ( ・ 生年月日・年齢が分からない。今の季節が分からない。 ・ 時折、自分の子どものことが分からなくなる。 ・ 時折、「子どもが歩き回っている」「自分の周りを魚が泳いでいる」等幻視・幻覚がある。 )

※太ワクの中を全て記入して下さい(不明な点は、施設にご相談下さい)

※口欄は、該当するものに×を記入して下さい

記入例

入所希望者の状況	医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input checked="" type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> その他( ) <現在療養中の病気・特記事項> 高血圧・糖尿病
	主治医	( 病 院 名 )    ○○病院 ( 医 師 名 )    ○○医師 ( 住 所 )       鹿児島県○○市○1丁目□○○番△号 ( 電 話 番 号 )

担当介護支援専門員記入欄	担当介護支援専門員氏名	事業所名	連絡先電話番号
	認知症性老人の日常生活自立度	I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M	
	障害老人の日常生活自立度	J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2	
	在宅サービスの利用率	% (直近3ヶ月の平均)	
意見等			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin-left: auto; margin-right: auto;">こちらの欄は、担当ケアマネージャーや病院・施設の医療ソーシャルワーカー等に記入して頂いて下さい。</div>			

施設記入欄	入所申込受付日	平成    年    月    日
	入所決定日	平成    年    月    日