（別紙様式１）

提出日 令和　　年　　月　　日

特別養護老人ホーム清鈴園　入所申込書

施設に入所したいので，次のとおり申し込みます。

同意欄	施設入所の円滑化に資するため，入所判定及び入所申込者の状況把握に必要な範囲に限り，当該施設が広島県・保険者市町・担当ケアマネジャー等に対し，入所申込書及び添付書類に記載の個人情報を提供し，また広島県・保険者市町・担当ケアマネジャー等が，当該施設に対して，入所判定に必要な個人情報を提供することに同意します。 令和　　年　　月　　日　　氏名　　㊞

申請者（連絡先）	〒　　－ 住所	氏　名	
		電　話	（　　）
		携　帯	（　　）
		入所申込者との関係	

入所申込者の状況	フリガナ		性　別	保　険　者	
	氏名	印	男・女	被保険者番号	
	生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日		要介護状態区分	要介護（１・２・３・４・５）
	現住所	〒　　－		要介護認定有効期間	平成　　年　　月　　日から 平成　　年　　月　　日まで
	状　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 □老健などの施設や病院に入っている（入所、入院中の方は下記項目にご記入ください） ※施設名または病院名： ※所在地： ※入所又は入院時期：平成　　年　　月頃から			
	住環境	□車いすを使用しているが，住居の廊下等の構造が適していないため，介護が困難 □住居の便所，浴室，階段等の形態や構造が適していないため，介護が困難 □その他（　　）			
	特例入所の理由	〔要介護１又は２の入所申込者のみ記入〕 ※施設以外での生活が著しく困難な理由を記載（認知症・知的障害・精神障害等，単身世帯・同居家族が高齢等により，施設以外では生活が困難な状態であることがわかるように）			
	入所希望時期	□今すぐ入所したい □平成　　年　　月頃（まで・以降）に入所したい			
	医療の状況	□経管栄養　□胃ろう　□中心静脈栄養（ＩＶＨ）　□インシュリン注射　□じょく瘡（床ずれ） □在宅酸素　□バルーンカテーテル　□人工肛門　□人工膀胱　□その他（　　）			
	特養申請状況	□当該施設のみの申請 □他の施設にも申請している（申請している施設名：　　）			
主介護者	フリガナ		性　別	入所申込者との関係	
	氏　名		男・女	生　年　月　日	明・大・昭・平　　年　　月　　日
	同居有無	□同居　□別居（□同一市内　□県内市外　□県外）　□その他（　　）			

その他の介護者	氏名		年齢		□同居 □別居（□同一市内　□県内市外　□県外）	入所申込者との関係	
	氏名		年齢		□同居 □別居（□同一市内　□県内市外　□県外）	入所申込者との関係	
	氏名		年齢		□同居 □別居（□同一市内　□県内市外　□県外）	入所申込者との関係	
	氏名		年齢		□同居 □別居（□同一市内　□県内市外　□県外）	入所申込者との関係	
	氏名		年齢		□同居 □別居（□同一市内　□県内市外　□県外）	入所申込者との関係	
	氏名		年齢		□同居 □別居（□同一市内　□県内市外　□県外）	入所申込者との関係	

入所の必要性	【自由記述】 〔※本人の在宅生活が困難な理由（本人の状況や，家族等による介護が困難な状況等を具体的に記載）〕	
備考	担当ケアマネジャー	□いる　※事業所名（　　）名前（　　） □いない

【施設記入欄】

お願い

入所申込者の要介護度や転居による住所変更など，本入所申込書に記載した事項等に変更があった場合，死亡された場合，あるいは他の特別養護老人ホーム等に入所された場合は，必ず当施設に連絡してください。
連絡がいただけない場合は，入所決定を行えないことがあります。

（別紙様式2-1）

調　査　票

記入者			
氏　名		入所申込者との関係	
所属名			
所属住所	〒		
電　話	（　　）　　―		

記入日　令和　　年　　月　　日

入所申込者の状況

フリガナ		生年月日	□ 明治 □ 大正 □ 昭和	年　　月　　日	性　別	□ 男 □ 女
氏　名						
現住所	〒					

医療状況	現在治療中の病名		既往歴（わかる範囲で）	
	主治医病院名・病院住所・担当医師名			

在宅サービス利用率（　　）％　※申込日の属する月の前3月について，〔利用単位合計÷支給限度額合計〕（小数以下四捨五入）により算出

手帳の有無

- 要介護（1　2　3　4　5）　□〔介護保険負担割合　□ 1　□ 2〕□〔介護保険負担限度額認定　　段階〕
- 身体障害者手帳　□ 無　□ 有（　　種　　級　障害名　　）
- 精神障害者保健福祉手帳　□ 無　□ 有（等級：　　）　療育手帳　□ 無　□ 有（等級：　　）
- 療育手帳　□ 無　□ 有（等級：　　）　被爆者手帳　□ 無　□ 有

入所申込者の身体状況等

視力	□ 普通　□ 1m程度　□ 目の前 □ ほぼ見えない　□ 判断不能	着脱衣	□ 自立　□ 見守り　□ 一部介助 □ 全介助	特記	
聴力	□ 普通　□ やっと　□ かなり大声 □ ほとんど聞こえない　□ 判断不能	排泄	□ トイレ　□ Pトイレ　□ オムツ （□ 自立　□ 声かけ誘導　□ 一部介助　□ 全介助）		
意思疎通	□ 可　□ ときどき可　□ ほとんど困難 □ 困難	移動	□ 歩行（□ 自力　□ 杖　□ 歩行器） □ 車椅子（□ 自力　□ 介助） □ ほぼベッド上		
食事	□ 自立　□ 見守り　□ 一部介助 □ 全介助	入浴	□ 自立　□ 一部介助　□ 全介助		
整容	洗　面：□ 自立　□ 一部介助　□ 全介助 歯磨き：□ 自立　□ 一部介助　□ 全介助 入れ歯：□ 有　□ 無	その他	□ 独居　□ 同居　□ 老健や病院などの施設 施設名または病院名： 年　　月　　日　から　入院または入所、施設利用中		

認知症・精神状態等

認知症　□ 無　□ 有　〔認知症高齢者の日常生活自立度　　〕※必ずご記入ください

認知症の行動・心理症状（BPSD）　□ 無　□ 有

精神的障害　□ 無　□ 有　　知的障害　□ 無　□ 有

※上記項目（BPSDや知的・精神障害）に該当がある場合は，下欄に認知症や知的・精神的障害に伴う行動や症状等を具体的に記載

（　　）

□ 特になし

介護者の状況	□ 介護者が就業等で介護が困難　　主介護者が就労して生計中心者　□ 無　□ 有 □ 複数の要介護者がいるため介護が困難 □ 介護者が要支援状態・高齢等で十分な介護が困難 □ 介護者が要介護状態・障がいを有するなど，十分な介護が困難 □ 介護者が病気等により長期入院中で，介護が困難 □ 身寄りや介護者が誰もいない ※ 該当する状況にチェックしてください（複数回答可）
介護支援専門員等の意見	在宅生活が困難な理由（次の該当する選択肢にチェックし，具体的内容を記載） □ 本人の心身の状況 内容： 医療の状況　□ 無　□ 有 □ 経管栄養　□ 胃ろう　□ 中心静脈栄養（IVH）　□ インシュリン注射　□ 在宅酸素 □ じょく瘡（床ずれ）　□ 人工肛門　□ 人工膀胱　□ バルーンカテーテル □ 気管切開　　その他（　　） □ 経済的理由　□ 国民年金　□ 厚生年金・共済年金等　□ その他 内容： □ 家族の介護負担 内容： □ 住環境　　住宅改修の有無　□ 無　□ 有 内容： □ その他 内容：
	その他特記事項

申請者確認欄	連絡先の変更	□ あり　□ なし	氏　名	
	（連絡先）ありの場合のみご記入ください 〒　　－ 住所		電　話	
			携　帯	
			入所申込者との関係	
	ご家族等の入所に対する意向 □ 今すぐ入所したい　□ 在宅生活をできるだけ続けたい　□ その他			

※各項目については，原則介護支援専門員，病院・施設の相談員等，入所申込者の状況を把握している者が記入すること。

（別紙様式3）

介護支援専門員等の意見書

〔介護支援専門員等 ⇔清鈴園〕

居宅介護支援事業所・施設・病院名（担当ケアマネジャー，相談員等）	
所 属 名 （施設名・病院名）	
所 属 住 所	
電 話 番 号	（　　）　　－

記入年月日	令和　　年　　月　　日	記入者氏名	

介護支援専門員等の意見				
被保険者番号			生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日
フリガナ				
入所申込者 氏 名				
現在の生活状況で特記すべき事項（住環境、医療・身体・精神的状況など，在宅生活が困難な状況の要因を記入してください。） 【 緊急性: □有 □無　　虐待: □有 □無 】				
入所についての本人及び家族の意思				
その他特記すべき事項等				

※深刻な虐待が疑われる場合等，介護支援専門員，病院・施設の相談員等が特に必要と判断する場合に作成し，□施設に直接提出する。（作成は任意であり，入所申込時に添付する必要はない）