

入 所 申 込 書

申 込 日	年	月	日
受 付 日	年	月	日

青葉の里施設長 殿

申込み代理人（手続きを行った方：家族等）

ふり 氏	がな 名		続 柄
住 所	〒		
	TEL（自宅）		（携帯）

貴施設に入所したいので、次のとおり申し込みます。（入所希望者）

ふり 氏	がな 名		男 ・ 女	M T S 年 月 日生（ 歳）			
住 所	〒						
	TEL						
入所を希望する理由 ※該当するものすべてを選んでください	<input type="checkbox"/> 身寄りがなく介護者がいない。 <input type="checkbox"/> 定期的な介護可能者が希望者の住居と同一市町村及び近隣市町村外に住んでいる。 <input type="checkbox"/> 定期的な介護可能者が希望者の住居と同一市町村及び近隣市町村内に住んでいる。 <input type="checkbox"/> 主介護者が病院等に長期入院中等の状況により、事実上の介護が困難。 <input type="checkbox"/> 主介護者が、要介護状態、病気療養中、障害を有するなどの状況にあり、十分な介護が困難。 <input type="checkbox"/> 主介護者が、要支援状態、高齢等の状況にあり、十分な介護が困難。 <input type="checkbox"/> 主介護者が、複数の介護や育児、又は就業しているために十分な介護が困難。 <input type="checkbox"/> 病院や他施設等から退院・退所を求められているが、在宅での介護が困難。 <input type="checkbox"/> 当該施設を退所して長期入院した後、退院することになったが、在宅での介護が困難。 <input type="checkbox"/> その他（ ）						
家族の状況	氏 名 主介護者は□にレ印	続柄	年 齢	職 業	同居別居の別	（別居の場合）	
						住 所	電話番号
	□						
	□						
	□						
	□						
入所を希望する時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 年 月 ごろまでに			申し込み状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申込み <input type="checkbox"/> 他施設にも申し込んでいる （他の施設名） _____		
説明確認欄	私は、入所申込みに際し、入所順位決定の方法について施設から説明を受けました。 平成 年 月 日 氏 名 _____ (印)						

※介護保険被保険者証の写しを添付して下さい。

入所状況提供票

ふりがな						
氏名						
介護保険 認定	保険者（市町村）：					
	要介護度状態区分： 現在の要介護状態区分（ ） 前回の要介護状態区分（ ）					
	認定の有効期間： 年 月 日 ～ 年 月 日					
	被保険者番号：					
医療保険	国保・社保・高齢者医療・その他（ ）		身体障害者手帳：有（ 種 級：障害名 ） ・無			
主治医	医療機関名：		医師氏名：			
心身状態 について	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 尿意便意(有・無)	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一般浴槽 <input type="checkbox"/> 中間浴槽 <input type="checkbox"/> 特殊浴槽
		<input type="checkbox"/> 歩行(1点杖・多点杖・歩行器) <input type="checkbox"/> 車椅子(普通・特殊)(借・私物)		〈昼〉 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 他		〈夜〉 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 他
	寝たきり 度	<input type="checkbox"/> J 一部自立 何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する <input type="checkbox"/> A 準寝たきり 屋内での生活は概ね充実しているが、介助なしには外出しない <input type="checkbox"/> B 寝たきり1 屋内での生活は何らかの介助を要し日中もベッド上の生活が主であるが座位は保つ <input type="checkbox"/> C 寝たきり2 1日中ベッド上で過ごし排泄・食事・着替えにおいて介助を要す				
	自立 日常生活 度	<input type="checkbox"/> I 何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的に自立している <input type="checkbox"/> II 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は多少見られても誰かが注意していれば自立可能 <input type="checkbox"/> III 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時々見られ介護を必要とする <input type="checkbox"/> IV 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見られ常に介護が必要 <input type="checkbox"/> M 著しい精神症状や問題行動あるいは、重篤な身体状態が見られ、専門医療を必要とする				
	認知症の 症状	<input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 失見当 <input type="checkbox"/> 攻撃的行動 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 不穏行為 <input type="checkbox"/> 失禁 <input type="checkbox"/> 自傷行為 <input type="checkbox"/> その他（ ）				
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	食事(大盛・普通・小盛)で約()/10 主食(常食・3分粥・5分粥・全粥・ペースト) 副食(常食・軟食・刻み・中間刻み・極刻み・ペースト) 特別食(減塩 g・糖尿食 Kcal) 経管栄養(経鼻・胃ろう・その他)			〈障害部位〉 △障害 ×欠損 ●褥瘡部位
申し込み理由・経緯	現在の居所 ・自宅 ・施設(施設名:) (いつから:) ・病院(病院名:) (いつから:) ・その他()			身長 cm	体重 kg	
ケアマネジャー	事業所名：		連絡先 ()			
	氏名：					
収入 ※必ず ご記入下さい	ご本人	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 他()年金 約¥ /2ヶ月				
		<input type="checkbox"/> 生活保護受給 ¥ /1ヶ月				
	配偶者	<input type="checkbox"/> 国民保険 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 他()年金 約¥ /2ヶ月				
	その他() 約¥ /1ヶ月					
支払方法	<input type="checkbox"/> ご本人様年金 <input type="checkbox"/> ご本人様預金 <input type="checkbox"/> 配偶者年金 <input type="checkbox"/> ご家族負担 <input type="checkbox"/> その他()					

成年後見人制度	有 () ・ 無		
出身地	都道府県	最終学歴	卒
職歴	期間 例) □年間	例) △△会社勤務(営業)	
病院 入院 所歴	期間	病名/理由	医療機関名・施設名
	/ / ~ / /		
	/ / ~ / /		
	/ / ~ / /		
	/ / ~ / /		
性格	ア. 朗らか イ. 親しみやすい ウ. 几帳面 エ. こり性 オ. 自分のことを気にしやすい カ. 他人との交流が苦手 キ. 好き嫌が多い ク. わがまま ケ. 頑固 コ. 短気 サ. 無口 シ. 融通が利かない		
対人関係	ア. 拒否的である イ. 普通 ウ. 協調的		
趣味	若い頃の趣味：		習い事：
	60歳過ぎてからの趣味：		
食生活	好き嫌い： 有 () ・ 無	アレルギー： 有 () ・ 無	
嗜好品	タバコ： 吸う (本/日) ・ 吸わない	酒： 飲む (/日) ・ 飲まない	
面会状況	入所後の面会可能頻度	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 週に2～3回 <input type="checkbox"/> 週に1回 <input type="checkbox"/> 月に2～3回 <input type="checkbox"/> 月1回以下	
家族図	※男性→□ 女性→○ ご本人→◎ 同居→○で囲む 死去→黒塗り		特記欄

同意書

入所における申込者及び家族等の個人情報提供と状況調査依頼について

介護老人福祉施設 青葉の里の入居に関わる、入所検討委員会等の正当な理由がある場合に限り、申込者及び家族等の個人情報の提供と必要時の保険者（市町村）への状況調査依頼を行います。

私は上記事項について事業者から説明を受け、同意しました。

平成 年 月 日

申込者氏名 _____ (印)

家族氏名 _____ (印)