

有効期限

令和8年9月30日

(記入例)

様式1
(特別養護老人ホーム 薔薇の樹苑)

入所申込書

申込年月日	令和 5 年 9 月 1 日		受付番号				
入所申込者	フリガナ 氏名	フクオカ ハナコ 福岡 花子	生年月日	明治・大正 昭和 10 年 4 月 1 日 (88 歳)		性別	男・女
	住所	郵便番号 (123 - 4567) 福岡市博多区元町〇〇丁目〇番△号			電話番号	092 (123) 4567	
	連絡先	郵便番号 (-) 同上			電話番号	()	
	介護認定	申請 (更新 ・ 変更) 中 ・ 済		被保険者番号	0000123456		
	要介護度	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5		有効期間	R5. O. O ~ R6. Δ. Δ		
	現在の住居	<input type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム(ケアハウス) <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅 <input type="checkbox"/> 一般病院 <input type="checkbox"/> その他 () 令和 4 年 5 月頃 より 施設名 【 介護老人保健施設 〇〇〇 】					
家族・申込者	フリガナ 氏名	フクオカ イチロウ 福岡 一郎	続柄	長男	備考		
	住所	郵便番号 (-) 同上			電話番号	()	
	連絡先1	郵便番号 (-) 同上			電話番号	090 (1234) 5678	
	連絡先2	郵便番号 (111 - 2468) ※博多 一子 (長女) 春日市〇〇 Δ丁目 □□マンション101号			電話番号	090 (1357) 2468	
居宅介護支援事業者	事業所名			事業者番号			
	住所	郵便番号 (-)			電話番号	()	
	フリガナ 担当者名			備考			
他施設の申込状況	施設名1	〇〇ホーム		申込 予定 ・ 済	(申込時期 5 年 3 月頃)		
	施設名2	△△苑		申込 予定 ・ 済	(申込時期 5 年 3 月頃)		
	施設名3			申込 予定 ・ 済	(申込時期 年 月頃)		
入所希望時期	<input checked="" type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 平成 年 月頃入所したい						

【説明確認及び同意書】

次の事項について施設から説明を受けました。

- 入所申込から契約までの必要な手続き及び入所にあたっての注意事項について
- 入所申込者の入所優先順位決定方法について
- 入所優先順位の見直しについて
- 申込書の内容に変化があった場合は、施設に連絡することについて
- 特段の事情がない限り、要介護1・2では入所できないことについて (裏面)

次の事項について同意します。

- 入所が可能になったにもかかわらず、自己都合により入所を辞退した場合は、入所優先順位名簿から削除されること
- 優先入所制度の適正な運用のため、この申込書及び調査票の内容を行政機関等の求めに応じて提供すること
- 上記に記入している申込み済 (予定) の特別養護老人ホーム間でこの申込書の内容及び調査票の内容を提供すること

令和 5 年 9 月 1 日

氏名 福岡 一郎 (続柄 長男)

※要介護1又は要介護2の方は、裏面の特例入所に関する要件を確認してください。

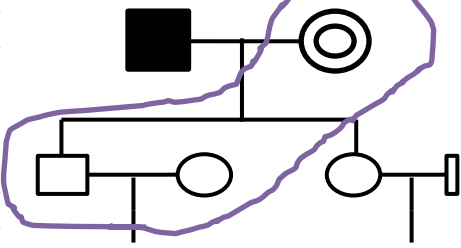
【特例入所に関する要件】

入所申込者が、要介護1又は要介護2の場合、以下のいずれかに該当することが入所要件となります。
該当する項目にチェックしてください。

- ☐ 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こと
- ☐ 知的障がい・精神障がい等を伴い、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こと
- ☐ 家族等により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こと。
- ☐ 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こと。

施設 記入	担当者名	<input type="checkbox"/> 向 <input type="checkbox"/> 斎藤 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ()	職種	<input type="checkbox"/> 生活相談員 <input type="checkbox"/> CM <input type="checkbox"/> ()
	備 考			

調 査 票 (記入例)

調査年月日	令和 7 年 9 月 1 日	受付番号					
フリガナ	フクオカ ハナコ	男 <input checked="" type="radio"/> 女 <input type="radio"/>	生年月日 明治・大正・ <input checked="" type="radio"/> 昭和				
入所申込者名	福岡 花子		10 年 4 月 1 日 (87 歳)				
本人の状況	介護認定	申請(更新・変更)中・ <input checked="" type="radio"/> 済	被保険者番号 0000123456				
	要介護度	1・2・3・4・ <input checked="" type="radio"/> 5	認知症行動 ほぼ毎日・週1~2回程度・ <input checked="" type="radio"/> なし				
	認定有効期間	令和 7 年 〇 月 〇 日 ~ 令和 10 年 △ 月 △ 日					
		療育手帳・精神保健福祉手帳の有無	有 () 級・ <input checked="" type="radio"/> 無				
		身体障害者手帳・原爆手帳等の有無	<input checked="" type="radio"/> 有 (2 級)・無				
介護サービス等の利用状況	現在の住居	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム(ケアハウス) <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅 <input type="checkbox"/> 一般病院 <input type="checkbox"/> その他()					
		令和 4 年 5 月頃 より入所・入院中	施設名				
	居宅介護サービス別単位	訪問介護	単位	通所リハ	単位		
		訪問入浴介護	単位	<input checked="" type="checkbox"/> 短期入所生活介護	5,678 単位		
		訪問看護	単位	<input type="checkbox"/> 短期入所療養介護	単位		
		訪問リハ	単位	<input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問看護	単位		
<input checked="" type="checkbox"/> 通所介護	4,567 単位	<input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護	単位				
上記合計	10,245 単位 ÷ 26,022 × 10 = 3.9 割						
単包括	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護(複合型サービス) <input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 上記サービスの利用頻度 <input type="checkbox"/> 週5日以上 <input type="checkbox"/> 週3~4日 <input type="checkbox"/> 週2日以下						
介護者等の状況	介護者1	フリガナ	フクオカ イチロウ	<input checked="" type="radio"/> 同居・別居	家族の構成 <input type="checkbox"/> ・・・男性 <input checked="" type="radio"/> ・・・女性 		
		氏名	福岡一郎			年齢	60 歳
		続柄	長男				
	介護者2	フリガナ	フクオカ ハナエ	同居・ <input checked="" type="radio"/> 別居			
		氏名	福岡花江			年齢	58 歳
		続柄	長女				
住所	〒123-4567 福岡市博多区元町〇〇丁目〇番△号		住所	〒123-4566 福岡市博多区元町△△丁目〇番△号			
介護者の障がい・疾病等 <input checked="" type="checkbox"/> 介護困難 <input type="checkbox"/> 多少困難 <input type="checkbox"/> 介護可能 複数介護・育児・就労 <input type="checkbox"/> 無し <input checked="" type="checkbox"/> 有り 他の介護協力 <input type="checkbox"/> ほとんど無し <input checked="" type="checkbox"/> 随時有り <input type="checkbox"/> 常時有り							
住居	市内外の居住状況	<input checked="" type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 市外					
特記事項	家族等による介護拒否	<input type="checkbox"/> 理由:					
	遠距離介護	<input type="checkbox"/> 理由:					
	長期にわたる介護	<input type="checkbox"/> 理由:					
	サービス不十分	<input type="checkbox"/> 理由:					
	施設等からの退所	<input type="checkbox"/> 理由:					
	住環境問題	<input checked="" type="checkbox"/> 理由: 段差が多く、介護に適していない。					
	居宅サービス利用状況	<input type="checkbox"/> 理由:					
	在宅における医療的処置	<input checked="" type="checkbox"/> 理由: 胃瘻					
特に考慮すべき認知症症状	<input type="checkbox"/> 理由:						
地域への配慮	<input type="checkbox"/> 理由:						
その他	<input type="checkbox"/> 理由:						
備考							
調査担当者名		事業所名	特別養護老人ホーム 薔薇の樹苑 電話番号 (092) - 571 - 6500				
施設受付担当者名		職種	<input type="checkbox"/> 生活相談員 <input type="checkbox"/> CM <input type="checkbox"/> その他()				

調査票別表

利用者様氏名	福岡 花子		生年月日	昭和●●年●月●日		
近況の経過	<small>(介護が必要になった経緯など)</small> 例文: 平成●●年に脳梗塞を発症してから、左半身が麻痺の状態になりました。自宅で車椅子での生活を送りながらデイサービスやショートステイに通っていましたが、令和●●年に脳梗塞が再発し以前よりも介護が必要な状態になっています。今はリハビリ病院を経て老健施設に入所中ですが、老健施設からも退所先を探すように言われています。					
医療面の情報	かかりつけ病院	●●クリニック		主治医	●●先生	
	現病歴/既往歴	現: ①高血圧症 ②糖尿病 ③脳梗塞後遺症(左麻痺)④認知症 既: ①白内障術後 ②左大腿部頸部骨折術後 ③盲腸				
	該当する医療行為	<input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 胃瘻/腸瘻	<input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input checked="" type="checkbox"/> 褥瘡の処置	<input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> カテーテル	<input type="checkbox"/> モニター測定 <input type="checkbox"/> 透析	<input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> 酸素療法
身体の状況	<small>(現在の介護が必要な状況)</small> 例文: 移動は車椅子で介助が必要です。何かに掴まれば短い時間は立ち上がりができます。排泄は本人の希望でトイレに連れて行っていますが、おむつに失敗していることが多いです。食事は柔らかめの食事で飲み込めますが、時々咽ることもあります。食べこぼすこともあるので食事中は見守りが必要です。入浴は週2回していますが、衣類の着脱から身体を洗うことまで全て介助が必要な状況です。					
認知症の症状	<small>(現在の認知症の症状など)</small> 例文: 主治医からはアルツハイマー型認知症と診断されています。クリニックでは長谷川式の認知症検査で15点と言われました。記憶障害が顕著ですぐに忘れて同じ話を繰り返すことが多いです。その都度、話せば本人は納得しているようです。時々、昼夜逆転の症状があり夜間に大きな声を出すこともあります。そばに誰かいれば落ち着くようです。					
家族の状況		氏名	続柄	年齢	同居有無	主介護者
	介護者①	福岡 ●子	長男嫁	●●歳	有	○
	介護者②	福岡 ●男	長男	●●歳	有	
	介護者③	福岡 ●江	長女	●●歳	無	
ショートステイを利用して入居を待機することについて(長期連続利用)			<div style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">希望する</div> ・ 希望しません			
自由記述	例文: 脳梗塞再発後は、本人の身体状態も悪化しており自宅での介護は難しいと考えています。私たち夫婦も仕事をしており四六時中の介護は困難な状況です。施設に入居して本人も安心した気持ちで生活を送ってほしいです。					

※日々の介護でお困りなどあれば自由記述欄にご記載ください。