様式１

入所申込書兼判定調査票

施設長	専門員	生活相談員

※申込番号	
※初回申込日	令和　　年　　月　　日
※今回受付日	令和　　年　　月　　日

申込者	氏 名	㊞	続 柄	
	住 所			
	電 話			

注意：※の箇所は、記入しないで下さい。本人又は申込者の方は、調査項目の該当する□にチェックをして下さい。

私は、特別養護老人ホーム「　　」に入所したく、申し込みを致します。
なお、入所のための待機中に、貴施設以外に入所が決定した場合、もしくは、要介護度・連絡先・介護状況等について変更があった場合、速やかにご連絡申し上げます。

被保険者	保険者番号		被保険者番号	
	フリガナ		生年月日	Ｍ・Ｔ・Ｓ　　年　　月　　日
	氏　　名		性　　別	男性・女性
	要介護度	１・２・３・４・５	有効期間	年　月　日～　年　月　日
	現住所	（〒　　－　　）		

介護者の状況	□介護者あり（同市内に介護者がいる）　□介護者なし 介護者ありの場合は介護者の年齢と生年月日をお答えください。（　　年　　月　　日生） □６５歳未満　□６５歳以上７５歳未満　□７５歳以上
主な介護者 続柄・現状	□配偶者　□子　□子の配偶者　□孫　□兄弟・姉妹　□甥・姪　□親戚 □育児中　□就労中　□病弱で介護が困難　□他の者も介護している 【上記の説明】 １．育児中：未就学の乳幼児を世話している場合などです。 ２．就労中：生計を維持するために仕事をしている場合などです。 ３．病弱で介護が困難：疾病、慢性疾患及び障害等により、介護ができない場合などです。（自らが介護サービスを受けている状態など） ４．他の者も介護している：今回の被介護者以外の介護を行なっている場合などです。
入所希望者の身体状況	病名（現在治療中の病名）　かかりつけ病院名 １．歩行：□自立・□一部介助・□できない ２．食事：□自立・□一部介助・□全介助・□経管栄養（　　）・□その他（　　） ３．排泄：トイレ（□自立・□一部介助・□全介助）　□オムツ（□常時使用・□夜間のみ） ４．意思の疎通：□できる・□できない ５．認知症：□有・□無 ６．認知症による周辺症状があれば次より選んでください。（複数回答可） □暴言暴力・□不潔行為・□徘徊・□火の不始末・□物を壊す・□昼夜逆転 □外に出たら一人で戻れない・□その他（　　）
入所希望者の生活場所	□在宅　□病院（　　） □老健（　　）□施設（　　）□その他（　　）
家族構成	□子供世帯と同居　□同敷地内又は、近隣に家族がいる □単身の子供又は、兄弟姉妹等と同居　□老婦夫世帯　□独居世帯
居宅介護支援事業所名	電話番号　（　　）　担当ケアマネージャーの氏名

※施設からのお願い
○別紙の内容をお読みいただき、趣旨をご理解のうえ、ご協力いただける方は、この申込書と合わせて承諾書をご提出いただきますようお願い申し上げます。申込み内容等が第三者に漏れることは一切ございません。
○要介護１又は２の方は、裏面の特例入所の要件のうち該当すると思われる項目に印を付けてください。

○　要介護１又は２の方が入所するためには、下記のいずれかに該当することが必要です。

ご自身の判断で該当すると思われる項目に印を付けてください。

□	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。
□	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

○　上記で印が付いた項目について、具体的な事由を記入して下さい。