

介護老人福祉施設 入所申込書

申込日 令和 年 月 日 ( 曜日)

受付担当者

申込者	フリガナ 氏 名	関係
	住 所	
	電 話 (市外 )	

特記事項(施設が記入)
-------------

入所を希望する人、その状況について

※該当するところは記入か○印、□にはレ印を付けてください

フリガナ 氏 名	男 女	保 険 者	
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 ( 才)	被保険者番号	.....
住 所		要介護度	1・2・3・4・5・未認定
生 活	<input type="checkbox"/> 自宅で1人暮らし <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らす <input type="checkbox"/> 他の施設(老健・療養型・福祉施設・高齢者住宅)に入所中(施設名 ) <input type="checkbox"/> 現在入院中(病院名 時期 平成 年 月から入院)		
介 護	<input type="checkbox"/> 介護する人がいない <input type="checkbox"/> 介護する人が( 高齢・虚弱・就労中・育児中・複数介護・介護放棄 )で自宅では困難 <input type="checkbox"/> 介護する人の( 身体的・精神的 )負担が大きくて自宅では困難 <input type="checkbox"/> 自宅で介護を始めた時期(平成 年 月頃から) <input type="checkbox"/> 現在、居宅サービスを利用して( いる・いない ) <input type="checkbox"/> 認知症の程度(日常生活自立度 I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M )		
医 療	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 褥瘡(床ずれ) <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> その他( ) 現在治療中の病気など (主治医 ) (歯科医 )		
申込み 希 望	<input type="checkbox"/> この施設のみ申込み <input type="checkbox"/> 他の施設にも申込み ・すでに申込み済施設( )( ) ・これから申込み施設( )( )		

主に介護している人について

※介護している人と申込者が同じでもこの欄に再記入してください

氏 名		続 柄	
同居別	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 同じ敷地にいる <input type="checkbox"/> 近くで別居 <input type="checkbox"/> 遠くで別居		
意見など	介護で困っていること		

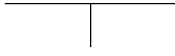
※1. 申込みの際には、被保険者証の(写し)、直近3か月分のサービス利用票及び別表の(写し)を添付ください。

※2. 申込み後に他施設に入所する等して申込みの必要性がなくなった場合にはHOME TOWN コスモス(TEL0776-38-1159)まで電話下さい。

※3. 申込み後、HOME TOWN コスモスの生活相談員まで定期的(約6ヶ月ごと)に介護の状況等を電話で連絡をいただきますようお願いいたします。

申込者等からの連絡(最終)から2年間、全く連絡が無い場合には申込みの必要がなくなったこととします。(申込書の取下げ)

# 「入居を希望される方」の事についてお伺いします

(居宅介護支援事業所)		(担当介護支援専門員)	家系図  
		(電話)	
かかりつけ医	(医療機関名)	(現在かかっている主な病気)	
	(医師名)		
			世帯の状況( )

## 本人の状況について

※当てはまる項目に○印をつけて下さい。[ ]に詳細を記載。

歩行状態	1.普通 2.ゆっくりなら歩ける 3.何かにつかまって歩く 4.歩行不能
移動方法	1.普通 2.杖使用 3.老人車・歩行器使用 4.車イス使用(自力操作 可能・不可能)
着 替 え	1.普通 2.時間がかかるが自分で可能 3.一部介助ができる 4.全面介助必要
食 事	1.自分で食べる 2.一部介助が必要 3.全面介助が必要
嚥 下	1.飲み込み良い 2.咽せある為見守り必要 3.飲み込み困難 4.経管栄養 5.吸痰必要
排 泄	1.自分で可能 2.一部介助(スポンジ上げ下げ等) 3.全面介助 4.失禁有り 5.失禁なし
排泄方法	1.トイレ 2.ポータブルトイレ使用 3.オムツ・紙パンツ・パット 4.留置カテーテル
視 力	障害：無・有 [ ] 眼鏡使用：無・有
聴 力	障害：無・有 [ ]
言語・理解	障害：無・有 [ ]
麻 痺	無・有(部位 )
物 忘 れ	無・有 [ ] 精神科の受診先：
問題行動	<ul style="list-style-type: none"> <li>・何度も食事を要求する</li> <li>・食べ物以外を口にする</li> <li>・食事を食べない</li> <li>・興奮する</li> <li>・暴力がある</li> <li>・大声を出す</li> <li>・歩き回る</li> <li>・怒りっぽい</li> <li>・物盗られ妄想がある</li> <li>・幻覚がある(見えない物が見える)</li> <li>・昼夜逆転</li> <li>・トイレ以外で排泄をする</li> <li>・オムツを外してしまう</li> <li>・独語</li> <li>・意欲の低下</li> <li>・自己中心的</li> <li>・頑固</li> <li>・その他[ ]</li> </ul>

## 入所を希望する人が要介護1又は2の場合には、特例入所の要件に該当する事由の有無について

特例入所の要件に該当する事由の有無	事由 ①認知症であり日常生活に支障 ②精神障害等により日常生活に支障
<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 → ③家族等による虐待 ④単身世帯、家族支援が期待できない

※すべての申込者が記入して下さい。

福井県又は市町から求められた場合や福井県又は市町に報告する必要がある場合にはこれを提出することに同意します。

同意欄	令和 年 月 日 氏名 <span style="float: right;">(印)</span>
-----	--

## [ 申込み後の変更 ]

変更受付日	内容 (具体的に)	配慮すべき事項
・		
・		
・		
・		
・		