



## 入所希望者等の状況

※ 該当する□にシ印のうえ、その状況をご記入ください。

現在の居所	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らしをしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 特養・老健などの施設・病院に入っている 施設又は病院名 ( ) 所在地 ( ) 施設等へ入所又は入院した時期 (平成・令和 年 月から)			
入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ <input type="checkbox"/> 半年以内 <input type="checkbox"/> 1年以内 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
入所を希望する理由 (該当するものをいくつかも選んでください)	<input type="checkbox"/> 介護する者がいないため <input type="checkbox"/> 介護する者が遠く離れたところに住んでいるため <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」、「障害」、「病気」等により介護することが困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者が就労していて介護することが困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者の身体的・精神的負担が大きい <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により、十分な介護をすることが困難なため <input type="checkbox"/> 施設や病院から退所(退院)を求められているため <input type="checkbox"/> その他 ( )			
医療に関する状況	現在治療中の病気 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有・病名 ( ) 特別な医療的対応 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (有の場合は下の項目にシ印等をお願いします) <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> その他 ( )			
	その他健康状態に関する特記事項 ( ) かかりつけの医療機関名			
認知症等による行動障害	<input type="checkbox"/> 該当なし 該当ありの場合は下の行動障害欄・発生頻度欄にシ印等をお願いします <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 不穏行動 <input type="checkbox"/> 自傷行為 <input type="checkbox"/> 暴力行動 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> ほとんど毎日 <input type="checkbox"/> 週3~4回程度 <input type="checkbox"/> 週1~2回程度 <input type="checkbox"/> 月数回程度			
介護に関する状況	飲水食事摂取	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	排尿	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	排便	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	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
	歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	衣服着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	視力	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> やや見えにくい	<input type="checkbox"/> かなり見えにくい	<input type="checkbox"/> 全く見えない
	聴力	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> やや聞こえにくい	<input type="checkbox"/> かなり聞こえにくい	<input type="checkbox"/> 全く聞こえない
	意思の伝達	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> やや伝えにくい	<input type="checkbox"/> かなり伝えにくい	<input type="checkbox"/> 全く伝えられない
	その他特記事項	( )		

※ この書類は、入所判定に重要ですから、入所希望者の状況等を正確に記入してください。

※ 申込書に添えて次の書類も提出してください。

- 1 入所希望者の介護保険被保険者証 (写)
- 2 直近のサービス利用票及び別表 (写) ……現在、在宅でお過ごしの方のみ提出してください。

## 介護者の状況

※ 該当する□にシ印のうえ、その状況をご記入ください。

主たる介護者の状況	ふりがな 氏名		性別 男・女	生年月日	大・昭・平 年 月 日 ( 歳)	続柄	
	居住関係	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 (住所: _____ ) 入所希望者宅までの所要時間 (約 _____ 時間 分) 入所希望者宅までの主な交通手段 ( _____ )					
	就労状況	<input type="checkbox"/> 就労していない <input type="checkbox"/> 就労している (週 _____ 日、週 _____ 時間程度)					
	健康状態	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病弱・要入院加療 ( _____ か月程度・病名 _____ ) ・入院していないが継続的な治療を要する・病名 ( _____ ) ・慢性疾患等で定期的に通院中・病名 ( _____ )					
	身体状況	<input type="checkbox"/> 障害有 ( _____ 級・障害の種類: _____ ) <input type="checkbox"/> 無					
	要介護度	<input type="checkbox"/> 有り (要支援・要介護 1・2・3・4・5) <input type="checkbox"/> 無 ※ 該当するものを○で囲んでください。					
	他の対応を要する家族の有無	<input type="checkbox"/> 他に対応を要する家族はいない <input type="checkbox"/> 育児の必要な家族がいる (子どもの年齢 _____ 歳) <input type="checkbox"/> 3か月以上看病 (付添) の必要な家族がいる (自宅療養・入院中) <input type="checkbox"/> 入所希望者以外に介護の必要な家族がいる 要介護度 (要支援・要介護 1・2・3・4・5) ※該当するものを○で囲んでください。 <input type="checkbox"/> 介護の必要な障害を有する家族がいる ( _____ 級・障害の種類: _____ )					
介護協力者の有無	<input type="checkbox"/> 協力してくれる人はいない <input type="checkbox"/> 親族以外の協力者 (近親者など) がいる <input type="checkbox"/> 同居以外の親族に協力者がいる <input type="checkbox"/> 同居親族に協力者がいる						
居宅介護支援事業者 又は施設名					電話番号 ( _____ )	担当者	
入院・入所 (老人保健施設、療養型病床群等) 歴							
病院・施設等	疾病名	期 間					
		平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日					
		平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日					
		平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日					
		平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日					
		平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日					
【介護をされていて困っていること、その他特記すべき事項をお書き下さい。】							

## 入所希望者の親族の状況

同居の家族（※入居希望者本人については記入不要です。）					
氏名		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	続柄	
				就労等状況	
氏名		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	続柄	
				就労等状況	
氏名		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	続柄	
				就労等状況	
氏名		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	続柄	
				就労等状況	
氏名		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	続柄	
				就労等状況	

## 近親者の状況

<table border="1"> <thead> <tr> <th>配偶者（ 歳）</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="height: 40px;"></td> </tr> </tbody> </table>		配偶者（ 歳）		<table border="1"> <thead> <tr> <th>子供氏名</th> <th>続柄</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="height: 150px;"></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		子供氏名	続柄			<table border="1"> <thead> <tr> <th>孫氏名</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="height: 150px;"></td> </tr> </tbody> </table>		孫氏名			
配偶者（ 歳）															
子供氏名	続柄														
孫氏名															
<table border="1"> <tbody> <tr> <td style="width: 100px; height: 40px;"></td> <td style="width: 100px; height: 40px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><b>本人</b></td> </tr> </tbody> </table>				<b>本人</b>		<table border="1"> <thead> <tr> <th>兄弟姉妹氏名</th> <th>続柄</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="height: 150px;"></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		兄弟姉妹氏名	続柄			<table border="1"> <thead> <tr> <th>甥姪氏名</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="height: 150px;"></td> </tr> </tbody> </table>		甥姪氏名	
<b>本人</b>															
兄弟姉妹氏名	続柄														
甥姪氏名															
				<table border="1"> <thead> <tr> <th>その他本人に係わる人：関係</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="height: 150px;"></td> </tr> </tbody> </table>		その他本人に係わる人：関係									
その他本人に係わる人：関係															