

年 月 日

※希望する事業所をお聞かせ下さい（第1希望 ～ 第2希望）

（ ）内に数字をお書き下さい。（第1希望=(1) 第2希望=(2) 第3希望=(3)）

（ ）ウエルコートみづほ （ ）アルメゾンみづほ （ ）コムネックスみづほ

（ ）どちらでもよい

※介護保険証のコピーを添えてお申し込みください。

◆入所希望者

ふりがな		性別	生年月日
氏名		男・女	明・大・昭 年 月 日
住所	(〒 — )		
電話番号	( — )		
介護保険 被保険者番号			保険者
要介護度	要支援・1・2・3・4・5	認定年月日：	年 月 日
認定審査会意見			
利用目的 (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 施設入所により安心した生活を送りたい <input type="checkbox"/> 寝たきり、認知症などにより、食事・排泄・入浴等日常生活全般に介助が必要 <input type="checkbox"/> 介護者がいない、介護者が入院等で介護できない <input type="checkbox"/> 介護者が高齢、疾病、育児、就労、別居等のため、介護が困難 <input type="checkbox"/> その他の理由 ( )		

介護保険法令に基づき要介護の認定を受けましたので、この入所申込者により入所を希望いたします。

なお、入所待機中に他施設に入所が決定した場合、また要介護度や連絡先、介護の状況等に変更が生じた場合は、速やかに貴施設に連絡いたします。

◆申込者

ふりがな		続柄	
氏名			
住所	(〒 — )		
電話番号	自宅	携帯電話	

同意及び説明確認

入所希望者、介護者を円滑に支援するため、市町村・ケアマネジャー等にこの申込内容を情報提供することに同意します。また、入所申込みから入所契約までの手続き及び入所順位の決定方法について、施設から説明を受けました。

年 月 日

入所希望者又は申込者氏名

印

\*事務処理欄

申込日：	年 月 日	受付日：	年 月 日	受付者：
受付方法：	来所 ・ 郵便	意思確認：	年 月 日	
受付簿記入者：		受付簿記入日：	年 月 日	

整理番号

# 調 査 票

別紙 2

希望者氏名		記入者氏名			整理番号			
現 況	独居・高齢者世帯・家族同居 入院中（病院名 _____） 入所中（施設名 _____）							
在宅サービス 利用状況	デイサービス（ _____ ） デイケア（ _____ ） ショートステイ（ _____ ） 訪問介護（ _____ ） 訪問看護（ _____ ） その他（ _____ ） 利用したことがない							
経 済 状 況	年金額 _____ 円/年 その他収入（ _____ ） _____ 円/年							
生活状況	移 動	歩行・杖・歩行器・車椅子・ストレッチャー その他（ _____ ）		介助	自立・一部介助・全介助			
	食 事	主) 普通・粥・ミキサー(箸・スプーン) 副) 普通・一口大・きざみ・極きざみ・ミキサー		介助	自立・一部介助・全介助			
	更 衣			介助	自立・一部介助・全介助			
	整 容			介助	自立・一部介助・全介助			
	排 泄	トイレ・ポータブル・尿器・便器・おむつ カテーテル・人口膀胱・人口肛門		介助	自立・一部介助・全介助			
	入 浴	介助浴・座浴・特浴・その他( _____ )		介助	自立・一部介助・全介助			
	送迎時の介助	車椅子(要・不要) ストレッチャー(要・不要)						
* 記入にあたっては、認定調査時の資料等から転記していただいても結構です。								
身体状況	視 力	普通・見えにくい・見えない		身 長	cm	体 重	kg	
	聴 力	普通・聴こえにくい・聴こえない		精神状態	安定・不安定(幻覚・興奮・攻撃・他 _____)			
	発 語	普通・やや不自由・不自由		認知症	無・有			
	理解力	普通・分かりにくい・分からない		問題行動	無・有(徘徊・不潔行為・他 _____)			
健康状況	現疾患			病 歴				
	主治医			TEL				
	医療の 状況	経管栄養・胃ろう・カテーテル・人工膀胱・人工肛門・インシュリン・在宅酸素 その他（ _____ ）						
	感染症	無・有（ _____ ）		アレルギー	無・有（ _____ ）			
	皮膚刺激	普通・弱い		麻痺	無・有（ _____ ）			
	便秘	無・有(服薬・無・有)		拘縮	無・有（ _____ ）			
	睡眠	良・不良(服薬・無・有)		褥瘡	無・有（ _____ ）			
	嚥 下	異常なし・むせる・つまる		湿疹	無・有（ _____ ）			
入れ歯	無・有(上・下)		口腔状況	良・否（ _____ ）				
介護の 状況	主介護者氏名	年 齢	歳	性 別	男・女	続柄	_____	
	就労状況	就業中・共働き・育児・その他（ _____ ）			年間収入	_____ 円		
	介護期間	_____ 年 _____ 月頃から			他の介護者	無・有（ _____ ）名		
	相談窓口	無・有(介護事業所・市町村・地域包括支援センター・その他( _____ )) 居宅介護支援事業所名( _____ ) ケアマネジャー名( _____ )						
住 環 境	区 分	持ち家 _____ 階(エレベーター 有・無)・借家 _____ 階(エレベーター 有・無)						
	住宅改修	可・不可・改修済( _____ )						
	立地等	在宅サービス利用に問題点 _____ 無・有(送迎・訪問・その他 _____)						
その他特記事項								

## 記 入 例

社会福祉法人慈雲福社会 特別養護老人ホーム 入所申込書 別紙1

〇〇年△△月××日

※希望する事業所をお聞かせ下さい (第1希望 ~ 第2希望)

( ) 内に数字をお書き下さい。(第1希望=(1) 第2希望=(2) 第3希望=(3))

( 1 ) ウェルコートみづほ ( 2 ) アルメゾンみづほ ( 3 ) コムネックスみづほ

( 〇 ) どこでもよい

◆入所希望者

ふりがな	<b>みづほ はなこ</b>	性別	生 年 月 日
氏 名	<b>瑞 穂 花 子</b>	男 (女)	明・大 (昭) 5年 3月26日
住 所	(〒〇〇〇〇-△△△△) 〇〇市〇〇町〇〇 △丁目×番地		
電話番号	( 〇〇〇〇 ) 〇〇 - 〇〇〇〇		
介護保険 被保険者番号	0 0 0 0 0 1 2 3 4 5	保険者	〇〇市
要介護度	要支援・1・2 (3)・4・5	認定年月日：平成 年 月 日	
認定審査会意見	<b>認定の有効期間を12ヶ月とする</b>		
利用目的 (複数回答可)	<input checked="" type="checkbox"/> 施設入所により安心した生活を送りたい <input type="checkbox"/> 寝たきり、認知症などにより、食事・排泄・入浴等日常生活全般に介助が必要 <input type="checkbox"/> 介護者がいない、介護者が入院等で介護できない <input type="checkbox"/> 介護者が高齢、疾病、育児、就労、別居等のため、介護が困難 <input type="checkbox"/> その他の理由 ( )		

介護保険法令に基づき要介護の認定を受けましたので、この入所申込者により入所を希望いたします。

なお、入所待機中に他施設に入所が決定した場合、また要介護度や連絡先、介護の状況等に変更が生じた場合は、速やかに貴施設に連絡いたします。

◆申込者

ふりがな	<b>みづほ たろう</b>	続柄	<b>長 男</b>
氏 名	<b>瑞 穂 太 郎</b>		
住 所	(〒〇〇〇〇-△△△△) 〇〇市〇〇町〇〇 △丁目×番地		
電話番号	<b>自宅</b> (〇〇〇〇) 〇〇-〇〇〇〇	<b>携帯電話</b>	×××-××××-××××

同 意 及 び 説 明 確 認

入所希望者、介護者を円滑に支援するため、市町村・ケアマネジャー等にこの申込内容を情報提供することに同意します。また、入所申込みから入所契約までの手続き及び入所順位の決定方法について、施設から説明を受けました。

〇〇年△△月××日

入所希望者又は申込者氏名

**瑞 穂 太 郎 印**

※事務処理欄

申込日 : 年 月 日	受付日 : 年 月 日	受付者 :
受付方法 : 来所 ・ 郵便	意思確認 : 年 月 日	
受付簿記入者 :	受付簿記入日 年 月 日	

整理番号

