

## 入居申込書兼状況調査票

社会福祉法人 陽光福祉会  
特別養護老人ホーム エコーが丘 施設長 宛

次のとおりエコーが丘入居を申し込みます。 令和 年 月 日 申込

申請される方	氏名（ふりがな）		ご本人との関係（ ）	
	住 所	〒		
	電話番号	（ ）	年 月 日生 歳	
ご本人のご様子をお知らせください	介護保険 被保険者番号	（健康保険被保険者番号ではありません。お間違いのないようにお願いします。）		
	氏名（ふりがな）	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性		
	住 所	〒		
	電話番号	（ ）	年 月 日生 歳	
	要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 申請中		
	現在の状況	<input type="checkbox"/> ご在宅 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 介護施設利用中 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
	認知症の症状	<p>次にあげるような症状がありますか？あてはまるもの☑をつけてください。</p> <input type="checkbox"/> 医師から認知症の診断を受けている（ ） 認知症 <input type="checkbox"/> 直前の記憶がなく何度も同じ事を聞く。昔のことはよく覚えている。 <input type="checkbox"/> 言葉や単語の意味を理解することが難しく、簡単な質問に答えられないことがある。） <input type="checkbox"/> 今の時間や今いる場所、今一緒にいる人までもがわからないことがある。 <input type="checkbox"/> 昼間に寝て、夜中に活動している。 <input type="checkbox"/> 行き先を告げず、一人で出かけて戻れないことがある <input type="checkbox"/> 「お金をとられた」「食事を与えてくれない」などの実際にはないことを訴える。 <input type="checkbox"/> 現実には見えないものが見える。誰もいないのに一人で会話している。 <input type="checkbox"/> 自分の所有ではない物や、必要でないものなどを持ち帰る行動がみられる。 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
		認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M	
	主治医（入所施設）		右記の医療処 置で受けてい るものに☑を つけて下さい	<input type="checkbox"/> 胃ろう・腸ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> 尿カテーテル <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> その他（ ）
	主な病気			
入居の必要性	<input type="checkbox"/> 今すぐ希望 <input type="checkbox"/> 半年以内 <input type="checkbox"/> 1年以内 <input type="checkbox"/> 数年後			
ご家族構成	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 配偶者のみ <input type="checkbox"/> 家族等と同居 <input type="checkbox"/> その他（ ）			

※ここからは、ご本人の介護を行っている方についてお聞きします。

介護を行っている方について	氏名（ふりがな）	生年月日（年齢）	続柄 （主介護者に◎）	同居の有無	仕事の有無
		( )	( )	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	フルタイム・パート・無
		( )	( )	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	フルタイム・パート・無
		( )	( )	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	フルタイム・パート・無
		( )	( )	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	フルタイム・パート・無
主に介護を行っている方の状況	主に介護を行っている方（◎の方）は病気がありますか。病名等をお答えください。 （※要支援・要介護認定を受けられていたらお知らせください。）		①病気（ <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない） 病名：		
	身体障がい者手帳をお持ちの方		②要介護認定（ <input type="checkbox"/> 要介護 <input type="checkbox"/> 要支援） <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級 <input type="checkbox"/> 5級 障害名（ )		
	療育・精神保健福祉手帳をお持ちの方		<input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳		
	複数人の介護・育児をしている方		<input type="checkbox"/> 介護する方が複数 <input type="checkbox"/> 育児と並行している		
担当ケアマネジャー	事業所名：		ケアマネジャー氏名		
申し込み理由（特に知らせておきたい事などがございましたらご記入ください。）					

※要介護1又は2の方は、以下の特例入所の該当要件にチェックの上、理由も記入してください。

特例入所の該当要件	<input type="checkbox"/> 認知症であることにより、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、在宅生活が困難な状態のため <input type="checkbox"/> 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、在宅生活が困難な状態のため <input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待が疑われる等により、心身の安全・安心の確保が困難な状態のため <input type="checkbox"/> 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十分に認められないことにより、在宅生活が困難な状態のため
	(指定介護老人福祉施設以外での生活が著しく困難な理由)

ご本人の状況をより詳しく把握するために、施設が必要な場合は市町村から要介護者認定に係る認定調査票の情報を提供していただいてもよろしいでしょうか。よろしければ、下記に署名・押印をお願いします。

氏名（本人） \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

代筆者 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

申込された後に、入所を希望されるご本人の状況（要介護度・心身の状況等）及び介護を行っている方の状況などに変化があった場合は、入所申込をされた施設に速やかにご連絡されるようお願いいたします。