

※太枠の中を全て記入し、□欄は該当するものにチェックをして下さい（不明な点は、施設にご相談下さい）

指定介護老人福祉施設入所申込書

(特別養護老人ホームビハーク)

申込日	年	月	日
-----	---	---	---

入所を希望する者	フリガナ	保険者名	
	氏名	被保険者番号	
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 () 歳	性別 (男・女)
	現住所 (住所登録地)	(郵便番号 -)	電話番号 (- -)
	認定状況	<input type="checkbox"/> 要介護認定を受けている <<申込日現在の介護度>> 要介護 (<input type="checkbox"/> 1 ・ <input type="checkbox"/> 2 ・ <input type="checkbox"/> 3 ・ <input type="checkbox"/> 4 ・ <input type="checkbox"/> 5) <<認定有効期間>> 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日まで <input type="checkbox"/> 区分変更申請中 (令和 年 月 日申請) <input type="checkbox"/> 更新申請中 (令和 年 月 日申請) <input type="checkbox"/> 要介護認定は受けていないが、認定申請中 (令和 年 月 日申請)	
現況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らし <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 (70歳以上のみ世帯) <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 施設や病院に入っている 施設名または病院名: _____ 所在市町村: _____ 市・町・村 入所または入院時期: _____ 年 月 日から入所 (入院) している		
入所を希望する理由 (該当するものはすべて選んでください。)	<input type="checkbox"/> 介護する者がいないため。 <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」、「障害」、「疾病」等により十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 介護者が就労していることから、十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により、十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所等を求められているが、受け入れが困難なため。 <input type="checkbox"/> その他 [_____]		
特例入所の申立 (入所申込者が要介護1・2の場合)	<input type="checkbox"/> 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。 <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る。 <input type="checkbox"/> 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。 <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不十分である。		
指定介護老人福祉施設 特別養護老人ホーム ビハーク 施設長 殿 貴施設に入所を希望するため、申し込みます。 貴施設が入所判定に使用する目的で、居宅介護支援事業者、市町村、地域包括支援センター、病院、施設等から情報提供を受けることに同意します。また、市町村が居宅介護支援事業者等に、入所申込者の状況等を確認することに同意します。 _____ 年 月 日 印 (申込者) 住所 _____ 氏名 _____ 印 続柄: _____			

申込者 (連絡先)

(フリガナ) 氏名:	自宅電話:	携帯:
	勤務先名称:	勤務先電話:

※太枠の中を全て記入し、□欄は該当するものにチェックをして下さい（不明な点は、施設にご相談下さい）

◎介護者・家族等の状況

※入所申込みに対する家族の同意についても記入してください

家族構成	続柄	氏名	年齢	入所希望者と	住所	電話	同意の有無
				同居 別居			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
				同居 別居			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
				同居 別居			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
				同居 別居			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
主たる介護者	フリガナ			生年月日	年齢	本人との関係	
	介護者氏名			<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	歳		
	健康状態	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 疾病 { <具体的に> } ※疾病や障害がある場合、現在可能な介護 <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> 移動 <input type="checkbox"/> 着替え <input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> その他 ()					
	介護者及び家族の状況	<input type="checkbox"/> 介護する者が要介護状態のため、介護困難な状態である <input type="checkbox"/> 同居する他の要介護者を介護している <input type="checkbox"/> 同居以外の要介護者を介護している <input type="checkbox"/> 就労等により日中家族が不在である <input type="checkbox"/> 乳児 <input type="checkbox"/> 幼児 <input type="checkbox"/> 小学生 <input type="checkbox"/> 中学生 の世話をしている <input type="checkbox"/> 介護可能な状態である <input type="checkbox"/> その他 { }					
	介護者の就労	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	職種：	日/週	時間/日		
	介護場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院又は介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> その他の施設に入所中					
	介護歴	年 月頃から介護している（期間：約 年）					
	介護協力者	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 週1～3日程度の協力あり（氏名 続柄） <input type="checkbox"/> 週4日以上との協力あり（氏名 続柄）					
入居希望者の状況	居住環境	<input type="checkbox"/> 住む家がない（ <input type="checkbox"/> 家屋の取り壊し <input type="checkbox"/> 借家契約の解除等 <input type="checkbox"/> その他（） <input type="checkbox"/> 居住不能（ <input type="checkbox"/> 家の傾き <input type="checkbox"/> 床板の腐食 <input type="checkbox"/> 雨漏り <input type="checkbox"/> その他（） <input type="checkbox"/> 段差・手すり・浴室・居室の広さが介護に適さない <input type="checkbox"/> ベッドを置く場所がない <input type="checkbox"/> 生活空間が2階で上がれない <input type="checkbox"/> 廊下等が狭いなどで、手すり設置や段差解消ができない <input type="checkbox"/> 車いすや段差解消機等介護機器も利用できない <input type="checkbox"/> その他 { }					

※太枠の中を全て記入し、□欄は該当するものにチェックをして下さい（不明な点は施設にご相談下さい）

入居希望者状況	主治医	医療機関名	医師名			
		医療機関所在地	電話番号			
	医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> 痰吸引 <input type="checkbox"/> 褥瘡 その他 ()				
		現病名				
既往歴						
現在の治療・投薬						
介護支援専門員記入欄	担当介護支援専門員氏名		事業所		連絡先電話番号	
	認知症高齢者の日常生活自立度		<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			
	障害高齢者の日常生活自立度		<input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2			
	居宅における介護期間		<input type="checkbox"/> 5年以上 <input type="checkbox"/> 4年以上 <input type="checkbox"/> 3年以上 <input type="checkbox"/> 2年以上 <input type="checkbox"/> 1年以上 <input type="checkbox"/> 1年未満			
	在宅サービス内容（利用している場合は下記記入）				在宅サービス利用率	
	<input type="checkbox"/> 訪問介護 回/月	<input type="checkbox"/> 訪問リハ 回/月	<input type="checkbox"/> 訪問看護 回/月	年月	利用率	入院・入所の有無
	<input type="checkbox"/> 通所介護 回/月	<input type="checkbox"/> 通所リハ 回/月	<input type="checkbox"/> 訪問入浴 回/月	年 月	%	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	<input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 回/月	<input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 回/月		年 月	%	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	<input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 回/月	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 用品名：		1ヶ月平均		%
意見等（要介護1・2の方の「特例入所」の要件に関する意見を含め）						

施設記入欄	
-------	--

