

## 記載例

## 標準入所申込書

申し込み日	令和〇年 〇月 〇日	受付日	年 月 日
※受付後 5年間 保存します		受付時間	午前・午後 時 分

特別養護老人ホーム 甘露苑 施設長 殿

申込者 (連絡先)

住所	〒243-0803	
(フリガナ)	カンロ タロウ	携帯番号 000 (0000) 0000
氏名	甘露 太郎	電話番号 046 (243) 0158

※太い黒枠内をご記載下さい。

特別養護老人ホームに入所したいので、次のとおり申込します。

入 所 希 望 者 の 状 況	(フリガナ)	カンロ ハナコ		性別	男 ・ <input checked="" type="radio"/> 女						
	氏名	甘露 花子		住民登録地	厚木 <input checked="" type="radio"/> 市・区・町・村						
	住所	〒243-0803 神奈川県厚木市山際 1350-1 電話番号 046 (246) 0158									
	生年月日	明・大 <input checked="" type="radio"/> 昭・平 20 年 5 月 12 日 ( 歳)									
	健康保険	種別	後期高齢者医療保険証		記号・番号	00000000					
	年金	種別	厚生年金・国民年金								
	障害者手帳	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 手帳の種別 _____ (障害名 _____) (判定 _____ 級(度) _____ 年 _____ 月 _____ 日)									
	介護保険	被保険者番号	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0								
	要介護認定	<input type="checkbox"/> 要介護 1 <input type="checkbox"/> 要介護 2 <input type="checkbox"/> 要介護 3 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護 4 <input type="checkbox"/> 要介護 5 【要介護 1.要介護 2 の方へ】 要介護 1 又は要介護 2 の方が特別養護老人ホームに入所するには、居宅において日常性を営むことが困難なことについて、やむを得ない事由があると認められることが必要です。 ①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等が見られる。②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が頻繁に見られる。③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・安心の確認が困難である。④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り支援が期待できず、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、という事情がある場合には、そうした事情がわかるように、次のページ以降に各欄に具体的な状況を記載してください。 (認定期間) 令和 4 年 4 月 1 日～ 令和 5 年 3 月 31 日									
	現在利用している施設サービス等	<input checked="" type="checkbox"/> 介護老人保健施設、介護療養型医療施設、病院等に入所 (入院) している <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等に入所 (入居) している <input type="checkbox"/> 自宅で暮らしている 施設又は病院名 _____ <input checked="" type="radio"/> 老人保健施設 (所在地) _____ <input checked="" type="radio"/> 市 <input checked="" type="radio"/> 市・区・町・村 入所又は入院期間 _____ <input checked="" type="radio"/> 年 <input checked="" type="radio"/> 月 <input checked="" type="radio"/> 日～									

※氏名、生年月日、被保険者番号、要介護認定 (期間) については、介護保険被保険者証に合わせて記載してください。

入所希望者状況	現在利用している施設在宅サービス	<input type="checkbox"/> 訪問介護 (月に 回数度)【 】 <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 (月に 回数度)【 】 <input type="checkbox"/> 訪問看護 (月に 回数度)【 】 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション (月に 回数度)【 】 <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 (月に 回数度)【 】 <input checked="" type="checkbox"/> 通所介護 (月に 16 回数度)【〇〇デイサービス】 <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション (月に 回数度)【 】 <input checked="" type="checkbox"/> 短期入所生活介護 (ショートステイ) (月に 4 回数度)【〇〇ステーション】 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 (月に 回数度)【 】 <input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問看護 (月に 回数度)【 】 <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護 (月に 回数度)【 】 <input type="checkbox"/> 認知症対応型 通所介護 (月に 回数度)【 】 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 (月に 回数度)【 】 <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護 (月に 回数度)【 】 <input type="checkbox"/> 福祉用具の貸与・購入支援 <input type="checkbox"/> 住宅改修費の支給 <input type="checkbox"/> その他の生活支援	
	※1 該当するもの全てを選んでください。  ※2 ( ) 内に事業者名を記載してください。		
身体の状況	食事摂取	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り (むせる・むせない) <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (食事の種類) (主食) <input checked="" type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 半粥 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー (副食) <input type="checkbox"/> 常食 <input checked="" type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ミキサー	
		排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (オムツの使用) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 昼夜 <input checked="" type="checkbox"/> 夜のみ    (排泄の拒絶) <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無
			<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
		(歩行) <input type="checkbox"/> 掴まり歩き <input type="checkbox"/> 杖使用 <input checked="" type="checkbox"/> 車イス ( <input checked="" type="checkbox"/> 自走 <input type="checkbox"/> 介助 ) <input type="checkbox"/> 寝たきり	
	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input checked="" type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 人の動きがわかる程度 <input type="checkbox"/> ほとんど見えない	
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input checked="" type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 大声で聞き取れる <input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない	
	言語	<input type="checkbox"/> 普通 <input checked="" type="checkbox"/> 聞き取りにくい <input type="checkbox"/> 聞き取れない	
	補足すべき身体の状況について、具体的に記載してください。  <b>補聴器を使用しています。</b>		
	認知症・精神の症状	<input type="checkbox"/> 何らかの認知症を有するが、日常生活はほぼ自立している <input type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状が見られるが、誰かが注意していれば自立できる <input checked="" type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状が見られ、介護を必要とする <input type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状が頻繁に見られ、常に介護を必要とする <input type="checkbox"/> 著しい精神状態や問題行動が見られ、専門医を必要とする ( 自傷行為、せん妄、徘徊、奇声、摂食異常、不潔行為、攻撃的行為等の行動、あるいは精神障害がある場合は、その状況や頻度等を具体的に記載してください。 <b>徘徊等を繰り返し、何度か警察のお世話になったことがあります。</b>	

入所者の状況	医療的措置 ※該当するものを全て選んでください。	<input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 経管栄養    ( <input type="checkbox"/> 鼻腔    ・ <input type="checkbox"/> 胃瘻) <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 疼痛看護 <input type="checkbox"/> その他 (現在治療中の病気)																																	
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>病名</th> <th>入院・通院病院名</th> <th>期間</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>〇〇病院</td> <td>高血圧</td> <td>H25年 9月～</td> </tr> <tr> <td>〇〇病院</td> <td>糖尿病</td> <td>H30年 5月～</td> </tr> <tr> <td>〇〇病院</td> <td>認知症</td> <td>R3年 6月～</td> </tr> <tr> <td>内服薬</td> <td colspan="2">〇〇〇〇〇〇〇〇、〇〇〇〇〇〇〇〇、〇〇〇〇〇〇〇〇</td> </tr> <tr> <td>感染症</td> <td colspan="2">なし</td> </tr> </tbody> </table> (既往歴) <table border="1"> <thead> <tr> <th>病名</th> <th>入院・通院病院名</th> <th>期間</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>〇〇病院</td> <td>右大腿骨骨折</td> <td>R4年 10月～</td> </tr> <tr> <td>〇〇病院</td> <td>十二指腸潰瘍</td> <td>H10年 7月～</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>年 月～</td> </tr> </tbody> </table>					病名	入院・通院病院名	期間	〇〇病院	高血圧	H25年 9月～	〇〇病院	糖尿病	H30年 5月～	〇〇病院	認知症	R3年 6月～	内服薬	〇〇〇〇〇〇〇〇、〇〇〇〇〇〇〇〇、〇〇〇〇〇〇〇〇		感染症	なし		病名	入院・通院病院名	期間	〇〇病院	右大腿骨骨折	R4年 10月～	〇〇病院	十二指腸潰瘍	H10年 7月～		
病名	入院・通院病院名	期間																																	
〇〇病院	高血圧	H25年 9月～																																	
〇〇病院	糖尿病	H30年 5月～																																	
〇〇病院	認知症	R3年 6月～																																	
内服薬	〇〇〇〇〇〇〇〇、〇〇〇〇〇〇〇〇、〇〇〇〇〇〇〇〇																																		
感染症	なし																																		
病名	入院・通院病院名	期間																																	
〇〇病院	右大腿骨骨折	R4年 10月～																																	
〇〇病院	十二指腸潰瘍	H10年 7月～																																	
		年 月～																																	
入所希望者の意思 (入所希望者が申し込んでいる場合は除く)	<input type="checkbox"/> 入所希望者が特別養護老人ホームへ入所を希望している <input type="checkbox"/> 入所希望者は在宅での生活を希望している <input checked="" type="checkbox"/> 入所希望者の意思は確認していない又は確認できない <input type="checkbox"/> その他 ( )																																		
家族や住居等の状況	<input type="checkbox"/> 身寄りがなく若しくは家族等がいても疎遠である等、介護する者がいない。 <input checked="" type="checkbox"/> 介護する者が、距離が離れている・入院している等の状況であり介護できない。 <input type="checkbox"/> 介護する者が、要介護状態・病気療養中・障害を有する等の状況にあり、十分な介護が困難 <input checked="" type="checkbox"/> 介護する者が、複数の介護や育児を行っている状況にあり、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護する者が、就労している状態にあり、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護する者の、身体的・精神的負担が大きい <input type="checkbox"/> 車イスを使用しているが、住居の廊下等が構造上適していない為介護が困難 <input type="checkbox"/> 住宅の便所、浴室、階段等の形状や構造が適していないため、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設、介護療養型医療施設、病院等から退所 (退院) を求められているが、在宅の介護が困難 <input type="checkbox"/> 当施設を退所して長期入院した後、退院することになったが在宅での介護が困難 <input type="checkbox"/> その他 (具体的に記載してください。) <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p style="color: red;">遠距離のため介護が出来ない。就労していて育児もあるので介護が出来ない。</p> <p style="color: red;">自宅が古く改修もままならない。</p> </div>																																		
主な介護者	(フリガナ)	カンロ タロウ	性別	年齢/生年月日	( 47 歳)																														
	氏名	甘露 太郎	男・女	大 昭 平	51年 4月 21日																														
	同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居    住所 〒259-0000    電話 080 (0000) ×××××																																	
	入所希望者との関係	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input checked="" type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他 ( )																																	
	入所希望者の家族構成	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input checked="" type="checkbox"/> 子 ( <input checked="" type="checkbox"/> 長男 <input type="checkbox"/> 次男 <input type="checkbox"/> 三男 <input checked="" type="checkbox"/> 長女 <input checked="" type="checkbox"/> 次女 <input type="checkbox"/> 三女 ) <input type="checkbox"/> 子の配偶者 ( <input checked="" type="checkbox"/> 長男 <input type="checkbox"/> 次男 <input type="checkbox"/> 三男 <input checked="" type="checkbox"/> 長女 <input checked="" type="checkbox"/> 次女 <input type="checkbox"/> 三女 )																																	
	意見	(介護している上で特に困っている事) <p style="color: red;">排泄が間に合わないことがある。紙パンツを汚してしまいベッド下などに隠してしまうことがある。</p>																																	

