

## 入居申込調査書の記入にあたって

当施設では入居申し込みの際に、所定の入居申込調査書及び入居申込書の提出をお願いしております。入居申込調査書及び入居申込書は、今後入居をお待ちいただく際の、又判定をさせていただきます際の基本情報となりますので、漏れのないようご記入ください。また、ご記入いただきました内容に重大な不備や不正がありますと、入居申し込みを保留または削除させていただきます場合もありますので 正確にご記入ください。入居申し込みは、入居申込調査書が私共の手元に届いた時点で受付をしたこととさせていただきます。

尚、入居につきましては、時期がきましたら改めて施設からご連絡をさせていただきますので、申し込み後に身体状況等に大きな変化が生じた場合や申し込みを取り消される場合には、ご面倒でもご連絡をお願いいたします。

入居申し込みの際には、皆様の事務手続きの負担を軽減させていただくため、ご希望により当法人が運営をする複数の施設に同時に申し込むことも可能です。ご希望される方は入居申込調査書の施設名に複数〇をお付けいただくだけで、受付をいたしました施設が責任をもって法人内の他施設にも入居申込調査書を送付させていただきます。

提出していただきました入居申込調査書の情報は大切に保管をし、守秘義務を遵守いたします。

(記入方法)

- ・ 登録日  
記載不要です。
- ・ 希望施設  
ご希望の施設名に〇を付けてください。(複数可)
- ・ 対象者  
入居対象者ご本人の情報をご記入ください。
- ・ 記入者  
今後の連絡先窓口となる方をご記入ください。続柄は対象者から見ての続柄です。
- ・ 介護保険証内容  
介護保険証の内容をご記入ください。(コピー添付でもかまいません。)
- ・ 日常生活動作  
該当するものに〇を付けてください。また、補足は特記にご記入ください。
- ・ 生活の概要(両面の記入)  
□の該当する箇所にV点を付けてください。また、必要な所にはご記入してください。
- ・ 介護支援専門員意見書  
居宅介護支援事業所に介護サービス計画を依頼している方は、担当する介護支援専門員の意見書が必要となりますので記入していただいでください。現在、老人保健施設・介護療養型医療施設をご利用の方は、利用施設の相談員へ記入をご相談ください。

お問合せ先

〒165-0027 東京都中野区野方 4-21-2

ハウスポート野方ビル 1階

TEL: 03-3386-8038

FAX: 03-3386-8037

<http://www.tokyo-busonkai.or.jp/>

E-mail: a-watabe@tokyo-busonkai.or.jp

担当者: 渡部・小林・渡邊



特例入所に関する事由（要介護1・2の場合は、ご記入ください。）

特例入所の要件	<input type="checkbox"/> 認知症である者であって、日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られること。
	<input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られること。
	<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・安心の確保が困難であること。
	<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こと。
所見欄	※ 具体的な状況を記載して下さい。

(仮称)特別養護老人ホーム 江古田園 施設長 様

私は、貴施設に入所に関する方法や手続きについて説明を受けました。この申込書兼調査書にある内容を保険者・在宅介護支援センター・指定するケアマネージャー・入所を希望する施設へ提供することに同意します。

令和            年            月            日

氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

## 介護老人福祉施設入所申込に伴う介護支援専門員意見書

被保険者番号		氏名	フリガナ
ケアプランについて	在宅サービス利用率 %		
	利用しているサービス	利用回数等	備考
	訪問介護	回/月	
	訪問入浴介護	回/月	
	訪問看護	回/月	
	訪問リハビリテーション	回/月	
	居宅療養管理指導	回/月	
	通所介護	回/月	
	通所リハビリテーション	回/月	
	福祉用具貸与	品目	
	短期入所	回/月	
	老健又は療養入所	年 月 日～	
	サービスに対する本人又は家族の希望等		
ご本人の状況	1.身体状況（麻痺や拘縮など、介護を要する身体状況）		
	2.認知症等（介護や見守りを要する周辺症状）		
	3.疾患等（医療器具の使用や注意を要する疾患、介護、看護を要する疾患）		
その他留意すべきこと			
記入者名	※介護支援専門員有資格者に限る		
区分	居宅介護支援事業所 在宅介護支援センター 老人保健施設 療養病棟		
所属	事業所名：		
	住所：	電話：	（ ）
従事職種	介護支援専門員 SW 支援相談員 MSW 介護士 看護師		

## 入居をご希望される皆様へ

この度、当施設入居ご希望いただき誠にありがとうございます。

今回、入居ご希望者の状況の把握をし、入居を円滑に進められるように、ご家族の皆様にご協力いただきたく、おたより致しました。

事前資料として、「入居申込書」「入居者の概要」を同封致しました。「入居申込書」「入居者の概要」については、ご家族の方が精神状況（3）精神状態の「認知」及び、（4）周辺症状の欄は、次の状態を参考にしご記入していただき、下記まで「介護保険証」「負担割合証」「負担限度額認定証」の写し、最新の認定時の「主治医意見書の写し」、及び以前何かで健康診断を作成されたり、病院へご入院された時の「入院治療計画書」等がありましたら、そちらの写しを同封し、ご返送ください。入居申込書一式が届きしだい、正式な入居申し込みとさせていただきます。入居が近づきましたら当施設よりご連絡をさせていただきます。ご不明な点ございましたら、同じく下記までご連絡下さい。

※ 健康診断書は入居時必要となりますが、病状によっては当施設では対応が難しいと判断をさせていただきます場合、ご入居をお断りすることもありますので、同じく下記までご相談下さい。（バルーンカテーテル・インシュリン・人工透析・経管栄養・胃ろう等）

### （ア）認 知

	重 度	中 度	軽 度
①記憶障害	自分の名前がわからない 寸前のことも忘れる	最近のことがわからない	物忘れ、置忘れが目立つ
②失見等	自分の部屋がわからない	時々自分の部屋がどこに あるのかわからない	異なった環境に置かれる と一時的にどこにいるの かわからなくなる

### （4）周辺症状

	重 度	中 度	軽 度
ア. 攻撃的行動	他人に暴力をふるう	乱暴なふるまいを行う	攻撃的な言動を吐く
イ. 自傷行為	自殺を図る	自分の身体を傷つける	自分の衣服を傷つける
ウ. 火の扱い	火を常にもてあそぶ	火の不始末が時々ある	火の不始末をすることがある
エ. 徘徊	屋外をあてもなく、歩きまわる	屋内をあてもなく歩きまわる	時々部屋内をうろうろする
オ. 不穏興奮	いつも興奮している	しばしば興奮し騒ぎたてる	ときには興奮し、騒ぎたてる
カ. 不潔行為	糞尿をもてあそぶ	場所をかまわず放尿、排便をする	衣服等を汚す
キ. 失禁	常に失禁する	時々失禁する	誘導すれば自分でトイレに行く

＜ご返送先ならびお問い合わせ先＞

〒165-0027 東京都中野区野方 4-21-2  
 介護老人福祉施設(仮称)江古田園 生活相談員  
 Tel : 03-3386-8038 Fax : 03-3386-8037  
 e-mail : a-watabe@tokyo-busonkai.or.jp

# 入居申込書

令和 年 月 日 現在

<small>カタカナ</small>				明治 大正 年 月 日 昭和 (満 歳)	男 ・ 女	
氏 名	様			身体障害手帳	有 ( 級 ) ・ 無	
住 所	〒					
要介護	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5			障 害 名		
認定有効期間	～			被保険者番号		
負担割合証	1割・2割・3割	負担限度額認定証	第1段階・第2段階・第3段階 第4段階			
(1) 身体状況			(2) 日常生活動作の状況			
身長	cm			歩 行	1.自分で可 2.一部介助 3.全介助	
体重	kg			排 泄	1.自分で可 2.一部介助 3.全介助	
視力	1.普通 2.弱視 3.全盲			食 事	1.自分で可 2.一部介助 3.全介助	
聴力	1.普通 2.やや難聴 3.難聴			入 浴	1.自分で可 2.一部介助 3.全介助	
言葉	1.普通 2.少し不自由 3.不自由			着 脱 衣	1.自分で可 2.一部介助 3.全介助	
褥瘡	1.無 2.有(程度)					
おむつ	1.無 2.有(昼夜、夜のみ)					
性 格	ア. 朗らか イ. 親しみやすい ウ. 几帳面 エ. こり性 オ. 自分のことを気にしやすい カ. 人にとけこめない キ. 好き嫌いが多ク ク. わがまま ケ. 頑 固 コ. 短 気 サ. 無 ロ シ. 融通がきかない					
対人関係	1. 拒否的である 2. 普 通 3. 協調的である					
精神状態	<input type="checkbox"/> 精神障害あり <input type="checkbox"/> 正 常 (ア) 認 知 ①記憶障害 1.重 度 2.中 度 3.軽 度 ②失見当 1.重 度 2.中 度 3.軽 度 (イ) 心気症状 (ウ) 不 安 (エ) 焦 燥 (オ) 抑うつ状態 (カ) 興 奮 (キ) 幻 覚 (ク) 妄 想 (ケ) せん妄 (ケ) 睡眠障害					
周辺症状	ア.攻撃的行為	1.重度 2.中度 3.軽度	オ.不穏興奮	1.重度 2.中度 3.軽度		
	イ.自傷行為	1.重度 2.中度 3.軽度	カ.不潔行為	1.重度 2.中度 3.軽度		
	ウ.火の扱い	1.重度 2.中度 3.軽度	キ.失 禁	1.重度 2.中度 3.軽度		
	エ.徘徊	1.重度 2.中度 3.軽度				
年 金	1. 受けている ( 年 金 ・ 月 額 約 円 )				2. 受けていない	
健康保険証	1. 有り (後期・国保・社保) 2. 無し		医 療 証	1. 有 ( 障 ・ 認 ) 2. 無		
ご入所に関する 連絡・問合せ先	<small>フリガナ</small>			続 柄	(自宅)	
	氏 名	様			電 話 ・ メール	(携帯)
	住 所	〒				(e-mail)
い同居 親居 族の 状況 ない	氏 名	続 柄	住 所	電 話		
	様		〒			
	様		〒			
	様		〒			
家族の希望 特記事項						
同封書類	<input type="checkbox"/> 介護保健証コピー <input type="checkbox"/> 負担割合証 <input type="checkbox"/> 負担限度額認定証 <input type="checkbox"/> 入居者の概要 <input type="checkbox"/> 健康診断書等コピー <input type="checkbox"/> 主治医意見書コピー					

# 入居希望者の概要

入居者希望氏名 \_\_\_\_\_ 様 \_\_\_\_\_ 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 現在

現在の状況	<input type="checkbox"/> 自宅で介護中 介護者： _____ (続柄 _____) <input type="checkbox"/> 病院に入院中 病院名： _____ <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設に入所中 施設名： _____ ( _____ 年 _____ 月 _____ 日) <input type="checkbox"/> 介護医療院に入院中 病院名： _____ ( _____ 年 _____ 月 _____ 日) <input type="checkbox"/> その他 (特養ホーム、養護老人ホーム、ケアハウス、有料老人ホーム等) に入所中 施設名： _____ ( _____ 年 _____ 月 _____ 日)	
	支援事業者名 _____ 住所： _____ 電話： _____	
	支援専門員担当者名： _____	
	現在受けているサービス内容： _____	
	その他： _____	
リハビリ	無 ・ 有 (内容 _____)	
歩行能力	<input type="checkbox"/> 可能 [ 独歩 ・ 杖 ・ 歩行器 ・ つたえ歩き ・ シルバーカー ] <input type="checkbox"/> 不可 [ 車椅子 (自操可 ・ 不可) ・ 寝たきり ] 不能理由 _____ 年 _____ 月頃より ( _____ )	
入浴	自宅にて ・ 入浴サービス ・ ディサービスにて ・ 入院先での入浴 ( 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ) 入浴 ( 好 ・ 嫌 )	
排泄 (形態)	( 自立 ・ 声掛け ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助 )	
	トイレ ・ ポータブル ・ 尿便器 ・ おむつ ・ バルーン ・ 人口肛門	
	尿意 ( 有 ・ 無 ) 便意 ( 有 ・ 無 )	
	排便 ( 自然 ・ 下剤 ・ 座薬 ・ 浣腸 )	
食事 (形態)	自立 ・ 声掛け ・ 見守り ・ 半介助 ・ 全介助 (箸 ・ スプーン)	
	常食： 粥 ・ きざみ ・ ペースト ・ その他 ( _____ )	
	副食： そのまま ・ 一口大 ・ きざみ ・ 極きざみ ・ ソフト食 ・ ペースト	
	1日の総架: _____ kca 水分摂取量: 1日 _____ ml	
	食事制限 無 ・ 有 ( _____ kcal ・ 塩分 _____ g)	
	食欲 (旺盛 ・ 普通 ・ 小食) 歯 ( _____ )	
	好き嫌い 好 ( _____ ) 嫌 ( _____ )	
酒・タバコ	酒 (飲む 本 ・ やめた ・ 付き合い程度 ・ 全く飲まない)	
	タバコ (吸う 本 ・ やめた ・ 昔から吸わない)	
睡眠	良好 ・ 不眠 眠剤 (有 ・ 無)	
話の理解	<input type="checkbox"/> 完全に理解できる <input type="checkbox"/> 全体的に理解できるが少し的外れる <input type="checkbox"/> 部分的な了解のみ <input type="checkbox"/> 反応はあるが理解できず <input type="checkbox"/> 話し掛けても反応なし	言語障害 (有 ・ 無) 備考 _____
	視力	<input type="checkbox"/> 普通に見える <input type="checkbox"/> 大体見えるが不十分 <input type="checkbox"/> 新聞の見出しがやっと見える <input type="checkbox"/> 顔の輪郭がやっと分かる <input type="checkbox"/> 殆ど、あるいはまったく見えない <input type="checkbox"/> 意思疎通不可能なため不明

聴 力	<input type="checkbox"/> 普通に聞こえる <input type="checkbox"/> 大体聞こえるが不十分 <input type="checkbox"/> 大きな声なら聞こえる <input type="checkbox"/> 耳元での大声でやっと聞こえる <input type="checkbox"/> 全く、あるいは殆ど聞こえない		補聴器（使用・不用） 筆 談（可・不可）
			備考
意 思 表 示	<input type="checkbox"/> 完全に出来る <input type="checkbox"/> 話し掛ければ話す <input type="checkbox"/> 意思表示は出来るが不十分 <input type="checkbox"/> 基本的（排泄・食事）なものは意思表示をする <input type="checkbox"/> 意思表示はするが理解できない <input type="checkbox"/> 意思表示できない		
現 病 歴			
既 往 症			
病 歴・ 入 院 歴	年 月～ 年 月ま で現在も入院中	病名	病院名： 電 話：
	年 月～ 年 月ま で現在も入院中	病名	病院名： 電 話：
	年 月～ 年 月ま で現在も入院中	病名	病院名： 電 話：
現在の内服薬	(薬剤情報かお薬手帳の写しでも可)		
麻 痺	(無・有) 部位	原因	
認 知 症	(無・有) 時期：	年頃若しくは 歳頃	
	(程 度)		
小遣い管理	施設管理 ・ 本人	円位まで/1 ヶ月	
兄 弟	人兄弟 番目 (現在 人健在)	家族構成 	
結 婚	未婚 ・ 結婚 ( 年頃) 健在 ・ 離別 ・ 死別		
出 生 地	都 ・ 道 ・ 府 ・ 県 区 ・ 市 ・ 町 ・ 村		
職歴・学歴	職 業： 最終学歴： 学校卒業		
趣味・日課			
緊急連絡先	氏名： 様 (続柄 )		
	住所：〒		
	電話 (ご自宅) TEL：		FAX：
	携帯電話：		e-mail：
入居希望の理由について			