

希望居室

入居申込・調査書

(個室・二人部屋 どちらでもよい)

園長	事務長	担当者

申込年月日		令和 年 月 日				
本人	フリガナ	アダムス タロウ		明治・大正・昭和		
	氏名	アダムス 太郎		生年月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日 (〇〇歳) 性別 <input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	
住所	〒 (700-0000)	岡山市〇区〇〇 △△番地		電話番号	(〇〇〇)△△△-□□□□	
	保険者		岡山市 (住所)	(電話)		
家族・申込者	フリガナ	アダムス ハナコ		続柄	妻 備考	
	氏名	アダムス 花子				
	住所	〒 (700-0000)	岡山市〇区△△△ □□□番地		電話番号	(〇〇〇)△△△-□□□□
その他の連絡先	(氏名)ハクアイ タロウ	〒 (700-0000)	岡山市〇区△△△ □□□番地		電話番号	(〇〇〇)△△△-□□□□
居宅介護支援事業者	事業所名	〇〇〇〇居宅介護支援事業所		事業者番号		
	住所	〒 (700-0000)	岡山市〇区△△△ □□□番地		電話番号	() -
	フリガナ	オカヤマ ケンタロウ		備考		
担当者名	岡山 県太郎					
入院・入所先	施設名			施設種別	特養・老健・介護療養型・グループホーム 有料老人ホーム・その他()	
	〒	病院や施設へ入居されている場合にご記入ください。 ご自宅の場合は記入の必要はありません。				
他施設の申込状況	フリガナ					
	担当者名			備考		
	施設名1			申込 予定・済 (申込時期 年 月頃)		
施設名2			月頃)			
施設名3			申込 予定・済 (申込時期 年 月頃)			

【説明確認及び同意書】

・入所申込から契約までの必要な手続き、入所順位決定方法、ならびに入所にあたっての注意事項について、施設から説明を受けました。

・申込書の内容に変化があった場合は、施設に連絡することについて同意します。

・入所可能な案内があったにもかかわらず、自己都合により入所を辞退した場合は、入所順位名簿から削除されることに同意します。

・入所制度の適正な運用のため、この申込書及びそれぞれから作成した資料等を行政機関等の求めに応じて提供することに同意します。

・施設が居宅介護支援事業者へ入所申込を行う場合、施設長が申込書に署名・捺印をすることについて同意します。

・入所申込者が特例入所対象者である場合は、施設長が申込書に署名・捺印をすることについて同意します。

・希望者の状況等について照会するに同意します。

ここに書いてある内容をご確認いただき、丸で囲んだ署名欄に署名・捺印をお願いします。
ご不明な点があればお気軽にお問合せください。

令和 年 月 日 氏名 印 (続柄)

施設記入	担当者名	職種	施設長	相談員	ケアマネ	その他()
この欄は記入不要です。						
備考	対家庭番号		特設者番号			

介護認定	申請(更新・変更)中・ 済	保険者番号 被保険者番号	331009 1234597890	施設使用 5・10
要介護度	1・2・3・ 4 ・5	認定の有効期間	平成〇〇年〇〇月〇〇日～平成〇〇年〇〇月〇〇日	25・30 35
介護者の状況	※(口内は該当項目にチェック) 該当する番号1つに〇 入院等の場合は退所・退院時の状況で判断	1. 身寄りがなく介護する者がいない		25
		2. 入院等されている場合には退院・退所した時の状況を予想して回答して下さい。 3. 入院等されている場合には退院・退所した時の状況を予想して回答して下さい。 4. 介護する者はいるが、介護にあたる時間を十分に確保できない。 (介護者が <input checked="" type="checkbox"/> 要支援状態・高齢 <input type="checkbox"/> 就労している <input type="checkbox"/> 他にも介護している <input type="checkbox"/> 育児している) 5. 介護する者はいるが、上記以外の理由で介護を行うことが困難である。 6. 1～5に該当しない(介護に欠ける状態ではない)。 ※ 上記を記入し、現在の家族状況、介護者の状況をご記入ください。 a) 主たる介護者の年齢を教えてください。 <input type="checkbox"/> 65歳未満 <input checked="" type="checkbox"/> 65歳以上75歳未満 <input type="checkbox"/> 75歳以上 b) その他		20 15 10 5 0
入所者本人の状況	※(口内は該当項目にチェック) 現在の住居及び介護サービス利用状況	1. 施設 <input type="checkbox"/> 特養(口従来型 <input type="checkbox"/> ユニット型) <input checked="" type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 介護療養型 <input type="checkbox"/> 養護 <input type="checkbox"/> ケアハウス <input type="checkbox"/> 認知症高齢者グループホーム <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> 救護・更生施設(保護施設) <input type="checkbox"/> 障害者入所施設 <input type="checkbox"/> 生活支援ハウス <input type="checkbox"/> その他()		10
		2. 病院 (病名: 入院: 平成 年 月から)		10
		3. 在宅 <input type="checkbox"/> 訪問介護 (口週4回以上 <input type="checkbox"/> 週2～3回 <input type="checkbox"/> 週1回)		20・10
		<input type="checkbox"/> 訪問入浴 (口週1回以上)		20
		<input type="checkbox"/> 訪問看護/訪問リハビリテーション (口週2回以上 <input type="checkbox"/> 週1回)		20・10
		<input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護		20
	<input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護		20	
	要介護1・2の方は「有」、要介護3以上の方は「無」に〇をつけてください。 「有」の場合、別紙「特列入居申込書」も併せてご記入ください。 <input type="checkbox"/> 複合型サービス		0・10 20 0・10 20	
特列入居要件の有無	有 (詳細は別紙「特列入居申込書」のとおり) ・ 無			
その他	※(口内は該当項目にチェック) それぞれの質問に答える	1. 認知症に伴う行動により介護上、困っていることがある。 <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 2. 『はい』と答えられた方にお聞きます。その症状をお答えください。 <input checked="" type="checkbox"/> 日常生活に支障となるような物忘れがみられる <input type="checkbox"/> 介護拒否がみられる <input type="checkbox"/> 他者に対して暴力行為や暴言等がみられる <input type="checkbox"/> 時間や場所の理解が難しく、昼夜逆転、戻ってこれないなどの行動がみられる <input type="checkbox"/> その他() 3. 今入居(院)している施設(病院)からすぐに退院(退所)するように言われている <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 4. 当施設(法人含む)にてボランティア活動の経験がある <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ 5. 沖元、倉益町内在住である <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ		20
お困りのことがあればお書きください				早期入居希望 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

※ 介護が必要になったのはいつ頃からですか。または どのくらいの期間が経ちますか。

昭・平・令 年 月頃から または 約 年 ヶ月