

# 入居申込書

令和 年 月 日

特別養護老人ホーム柳風園  
園長 後藤光哉 様

申込者 (本人でない場合は、申請代理者)

住所	〒
ふりがな	
氏名	入居希望者との関係 ( )
電話	

ふりがな		生年月日	大正・昭和 年 月 日
入居希望者氏名		性別	男・女
現住所	〒 電話 ( )		
介護保険者証	被保険者番号	要介護度	( 1 ・ 2 ) 3 ・ 4 ・ 5
	認定期間	令和 年 月 日 ~	令和 年 月 日
居宅サービス等の利用状況 (サービス利用表添付)	サービス種類	1月あたりの利用回数	事業所名
特例入居に該当する要件 (要介護1・2である者)	要介護1又は2の方が入居するためには、下記のいずれかに該当する事が必要です。 ご自身の判断で該当すると思われる項目に印を付けてください。 <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・安心の確保が困難である <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		
担当介護支援専門員	事業所名		
	氏名		

※要介護1又は2の方が特例的に入居を申込み場合、入居判定に際して、保険者市町村から居宅サービスの利用状況、生活支援等の提供体制に関する状況等について情報提供を受けることがあります。  
 ※入居希望者の実数を把握するため宮城県がこの入居申込書に記載されている個人情報収集し、利用することがあります。

(別紙2)

### 入居希望者調書

受付年月日 令和 年 月 日

希望者氏名

調書作成者職氏名

項目	状況	
要介護度	( <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 ) <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
家族の状況	<input type="checkbox"/> ひとり暮らし <input type="checkbox"/> 家族と同居 (構成 ) <input type="checkbox"/> 介護保険施設、病院等に入所 (施設名 ) (入所期間 令和 年 月 日から) <input type="checkbox"/> その他 ( )	
身体の状況	食 事	食事の要・不要 要 ( )・不要 食事の内容 常食・ミキサー食 ( )・経管等
	排 泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 ( ) <input type="checkbox"/> 全介助 おむつ使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜のみ <input type="checkbox"/> 常時
	入 浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 ( ) <input type="checkbox"/> 全介助
	更 衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 ( ) <input type="checkbox"/> 全介助
	移 動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 ( ) <input type="checkbox"/> 全介助 歩行の状況 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 寝たきり
	視 力	<input type="checkbox"/> 日常生活に支障あり ( ) <input type="checkbox"/> 日常生活に支障なし
	意思疎通	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや困難 ( ) <input type="checkbox"/> 困難 ( )
介護者の状況	<input type="checkbox"/> 介護者なし <input type="checkbox"/> 介護者はいるが、高齢・障害等の理由により常時介護不可 <input type="checkbox"/> 介護者はいるが、遠距離在住等別居状態にあり十分な介護不可 <input type="checkbox"/> 介護者はいるが、就業等の理由により十分な介護不可 <input type="checkbox"/> 介護者おり、ほぼ常時介護可能 <input type="checkbox"/> 虐待が疑われる <input type="checkbox"/> その他 ( )	
	主たる介護者 希望者との関係	
医療などの 状況	<input type="checkbox"/> 問題行動 ( 徘徊 昼夜逆転 火の不始末 不潔行為 自傷行為 ) <input type="checkbox"/> 医学的措置 (点滴の管理 酸素療法 経管栄養 ストーマの処置 中心静脈栄養 疼痛の看護 褥瘡の処置 カテーテル インスリンの注射 )	
特例入居に該 当する要件 (要介護1・ 2である者)	<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提供が不十分	
その他 特記事項		