

|         |         |   |   |   |
|---------|---------|---|---|---|
| 入所区分    | 一般 ・ 特例 |   |   |   |
| 入所申込日   | 令和      | 年 | 月 | 日 |
| 入所申込受付日 | 令和      | 年 | 月 | 日 |

特別養護老人ホーム 新和苑 入所申込書

特別養護老人ホーム 新和苑  
施設長 船元 隆之 様

入所申込者 〒 —

住所： \_\_\_\_\_

氏名： \_\_\_\_\_ 印

電話番号： — —

入所希望者との続柄 ( )

貴施設に入所したいので関係書類を添えて申し込みます。

記

| 入 所 希 望 者 の 状 況   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                       |  |         |           |  |    |       |   |  |
|-------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------|-----------|--|----|-------|---|--|
| ふりがな              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                       |  | 性別      | 男 ・ 女     |  | 年齢 | 満( )歳 |   |  |
| 氏名                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                       |  | 生年月日    | 明 ・ 大 ・ 昭 |  | 年  | 月     | 日 |  |
| 現住所               | 〒 —                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                       |  |         |           |  |    |       |   |  |
| 現在の生活場所           | <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設又は病院等                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                       |  |         |           |  |    |       |   |  |
|                   | 【施設又は病院等】                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                       |  |         |           |  |    |       |   |  |
|                   | 名称                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                       |  |         |           |  |    |       |   |  |
|                   | 所在地                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                       |  |         |           |  |    |       |   |  |
|                   | 入所(院)開始年月日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                       |  | 年 月 日から |           |  |    |       |   |  |
| 保険者名              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                       |  | 被保険者番号  |           |  |    |       |   |  |
| 要介護度              | 要介護度                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 |  |         |           |  |    |       |   |  |
|                   | 要介護認定期間                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで                                                                                                                               |  |         |           |  |    |       |   |  |
| 入所希望理由<br>(複数選択可) | <div><input type="checkbox"/> 要介護度が進み、特別養護老人ホームで常時介助を受ける必要があるため</div> <div><input type="checkbox"/> 介護者はいるが、その者が高齢、疾病、就労等の理由で十分な介護ができないため</div> <div><input type="checkbox"/> 介護者はいるが、その者の身体的・精神的負担が大きく、これを軽減するため</div> <div><input type="checkbox"/> 介護をする者がいないため</div> <div><input type="checkbox"/> 現在入所(院)している病院・施設等から退所を求められているが自宅での介護が困難なため</div> <div><input type="checkbox"/> その他( )</div> |                                                                                                                                                       |  |         |           |  |    |       |   |  |

| 入 所 希 望 者 の 状 況                                    |                                                                                                    |
|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 入所希望<br>時期                                         | <input type="checkbox"/> 施設に空ベッドがあれば直ちに入所したい<br><input type="checkbox"/> 令和      年      月頃までに入所したい |
| その他入<br>所に関して<br>特に希望<br>する事項<br><br>(サービス<br>内容等) |                                                                                                    |

| 特 例 入 所 を 希 望 す る 事 由 (要介護1または2の方)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>● 居宅で日常生活を営むことが困難な事由を記入してください。（該当する項目に印をつけてください）</p> <p> <input type="checkbox"/> 認知症であり、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。<br/> <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。<br/> <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。<br/> <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。<br/> <input type="checkbox"/> その他         </p> <p>● 上記の事由について、具体的な内容を記入してください。</p> |

| 同 意 書                                                                                                                                                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>今後の熊本県及び県内市町村における高齢者保健福祉施策の参考とするため、この申込書の内容を熊本県及び県内市町村に報告することに同意します。</p> <p>令和      年      月      日</p> <p>入所申込者    氏名： _____ (印)</p> <p>入所希望者    氏名： _____ (印)</p> |

※ 被保険者証(写)を添付してください。

**特別養護老人ホーム 新和苑 入所申込書別紙（調査票）**  
**（在 宅 生 活 者 用）**

|                 |    |             |       |
|-----------------|----|-------------|-------|
| 入所希望者氏名         |    | 記入者氏名       | 印     |
| 記入者所属・職名<br>(※) | 所属 | 連絡先<br>電話番号 | 入所希望者 |
|                 | 職名 |             | 記入者   |

※ 居宅介護支援事業所、在宅介護支援センター又は地域包括支援センターが記入した場合に記載する。

| 調査項目               | 内 容                                                       |                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |        |  |     |  |            |  |
|--------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------|--|-----|--|------------|--|
| 入所区分               | <input type="checkbox"/> 一 般 <input type="checkbox"/> 特 例 |                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |        |  |     |  |            |  |
| 要介護度               | 要介護度                                                      | <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |        |  |     |  |            |  |
|                    | 要介護認定期間                                                   | 令和    年    月    日から令和    年    月    日まで                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |        |  |     |  |            |  |
| 介助の状況              | 食事                                                        | 介助の状況                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助                                                                                                                                                                              |  |        |  |     |  |            |  |
|                    |                                                           | 食事の内容                                                                                                                                                                                                           | (主食) <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他(                      )<br>(副食) <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他(                      ) |  |        |  |     |  |            |  |
|                    | 排せつ                                                       | 介助の状況                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助                                                                                                                                                                              |  |        |  |     |  |            |  |
|                    |                                                           | 排せつの方法                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> その他(                      )                                                                                                                                                     |  |        |  |     |  |            |  |
|                    | 入浴                                                        | 介助の状況                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助                                                                                                                                                                              |  |        |  |     |  |            |  |
|                    |                                                           | 入浴の方法                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 座浴 <input type="checkbox"/> 特浴 <input type="checkbox"/> その他(                      )                                                                                                                                                          |  |        |  |     |  |            |  |
|                    | 更衣                                                        | 介助の状況                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助                                                                                                                                                                              |  |        |  |     |  |            |  |
|                    | 体位変換                                                      | 介助の状況                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助                                                                                                                                                                              |  |        |  |     |  |            |  |
|                    | 移動                                                        | 介助の状況                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助                                                                                                                                                                              |  |        |  |     |  |            |  |
|                    |                                                           | 器具の使用                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす<br><input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> その他(                      )                                                                                         |  |        |  |     |  |            |  |
|                    | 【その他介助の状況に関する特記事項】                                        |                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |        |  |     |  |            |  |
|                    |                                                           |                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |        |  |     |  |            |  |
| 身体の状況              | 視力                                                        | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 悪い <input type="checkbox"/> 視力がない                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |        |  |     |  |            |  |
|                    | 聴力                                                        | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 悪い <input type="checkbox"/> 聴力がない                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |        |  |     |  |            |  |
|                    | 発語                                                        | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 悪い <input type="checkbox"/> 発語ができない                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |        |  |     |  |            |  |
|                    | 障害手帳等の有無                                                  | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有    【障害手帳等】                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |        |  |     |  |            |  |
|                    |                                                           | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">手帳等の種類</td> <td></td> </tr> <tr> <td>障害名</td> <td></td> </tr> <tr> <td>障害の程度(級・度)</td> <td></td> </tr> </table> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | 手帳等の種類 |  | 障害名 |  | 障害の程度(級・度) |  |
|                    |                                                           | 手帳等の種類                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |        |  |     |  |            |  |
| 障害名                |                                                           |                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |        |  |     |  |            |  |
| 障害の程度(級・度)         |                                                           |                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |        |  |     |  |            |  |
|                    |                                                           |                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |        |  |     |  |            |  |
| 【その他身体の状況に関する特記事項】 |                                                           |                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |        |  |     |  |            |  |
|                    |                                                           |                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |        |  |     |  |            |  |

| 調査項目       | 内 容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |            |       |       |  |                                                                                                                                            |  |  |                                                                                                                                            |  |  |                                                                                                                                            |  |  |                                                                                                                                            |  |  |                                                                                                                                            |  |
|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-------|-------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 医療の状況      | <div> <input type="checkbox"/> 疾病又は処置(※)があり、常時の看護又は見守りが必要。<br/>           ※ 経管栄養、在宅酸素、胃ろう等<br/> <input type="checkbox"/> 疾病又は処置があるが、常時の看護又は見守りは不要。<br/> <input type="checkbox"/> 特に疾病又は処置はない。         </div> <div>【疾病又は処置がある場合のその状況】</div> <table border="1"> <thead> <tr> <th>主な疾病名又は処置名</th><th>治療の状況</th><th>医療機関名</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td><td> <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> その他( )<br/>           頻度:週 回、1回当たり 時間程度         </td><td></td></tr> <tr> <td></td><td> <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> その他( )<br/>           頻度:週 回、1回当たり 時間程度         </td><td></td></tr> <tr> <td></td><td> <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> その他( )<br/>           頻度:週 回、1回当たり 時間程度         </td><td></td></tr> <tr> <td></td><td> <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> その他( )<br/>           頻度:週 回、1回当たり 時間程度         </td><td></td></tr> <tr> <td></td><td> <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> その他( )<br/>           頻度:週 回、1回当たり 時間程度         </td><td></td></tr> </tbody> </table> <div>【その他疾病又は処置に関する特記事項】</div> <div></div> | 主な疾病名又は処置名 | 治療の状況 | 医療機関名 |  | <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> その他( )<br>頻度:週 回、1回当たり 時間程度 |  |  | <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> その他( )<br>頻度:週 回、1回当たり 時間程度 |  |  | <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> その他( )<br>頻度:週 回、1回当たり 時間程度 |  |  | <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> その他( )<br>頻度:週 回、1回当たり 時間程度 |  |  | <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> その他( )<br>頻度:週 回、1回当たり 時間程度 |  |
| 主な疾病名又は処置名 | 治療の状況                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 医療機関名      |       |       |  |                                                                                                                                            |  |  |                                                                                                                                            |  |  |                                                                                                                                            |  |  |                                                                                                                                            |  |  |                                                                                                                                            |  |
|            | <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> その他( )<br>頻度:週 回、1回当たり 時間程度                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |            |       |       |  |                                                                                                                                            |  |  |                                                                                                                                            |  |  |                                                                                                                                            |  |  |                                                                                                                                            |  |  |                                                                                                                                            |  |
|            | <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> その他( )<br>頻度:週 回、1回当たり 時間程度                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |            |       |       |  |                                                                                                                                            |  |  |                                                                                                                                            |  |  |                                                                                                                                            |  |  |                                                                                                                                            |  |  |                                                                                                                                            |  |
|            | <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> その他( )<br>頻度:週 回、1回当たり 時間程度                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |            |       |       |  |                                                                                                                                            |  |  |                                                                                                                                            |  |  |                                                                                                                                            |  |  |                                                                                                                                            |  |  |                                                                                                                                            |  |
|            | <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> その他( )<br>頻度:週 回、1回当たり 時間程度                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |            |       |       |  |                                                                                                                                            |  |  |                                                                                                                                            |  |  |                                                                                                                                            |  |  |                                                                                                                                            |  |  |                                                                                                                                            |  |
|            | <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> その他( )<br>頻度:週 回、1回当たり 時間程度                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |            |       |       |  |                                                                                                                                            |  |  |                                                                                                                                            |  |  |                                                                                                                                            |  |  |                                                                                                                                            |  |  |                                                                                                                                            |  |
| 認知症の度合     | <div> <input type="checkbox"/> IV以上    <input type="checkbox"/> III    <input type="checkbox"/> II    <input type="checkbox"/> I    <input type="checkbox"/> なし         </div> <div>           ※ 認知症の度合いは、「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」(平成5年10月26日老健第136号厚生省老人保健福祉局長通知)による。         </div> <div>【認知症の状態にある場合のその状態に関する特記事項】</div> <div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |            |       |       |  |                                                                                                                                            |  |  |                                                                                                                                            |  |  |                                                                                                                                            |  |  |                                                                                                                                            |  |  |                                                                                                                                            |  |

| 調査項目   | 内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                    |           |  |           |       |    |       |       |                                                                                                                          |  |  |  |  |        |                   |  |  |  |  |           |                                                             |  |  |  |  |      |                                                                                                                                                                    |  |  |  |  |       |                                                                                                      |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |
|--------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|--|-----------|-------|----|-------|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--------|-------------------|--|--|--|--|-----------|-------------------------------------------------------------|--|--|--|--|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|-------------|--|--|--|--|--|
| 生活環境   | 単身・同居の別 <div> <input type="checkbox"/> 一人暮らし。 <input type="checkbox"/> 家族と同居。(子の家等に同居する場合も含む。) </div> <div> <b>【家族がいる場合の家族構成】</b> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div> </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                    |           |  |           |       |    |       |       |                                                                                                                          |  |  |  |  |        |                   |  |  |  |  |           |                                                             |  |  |  |  |      |                                                                                                                                                                    |  |  |  |  |       |                                                                                                      |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |
|        | 住居の状況 <div> <input type="checkbox"/> 介護に適していない箇所が多い。 <input type="checkbox"/> ある程度介護に適した状態で整備されているが、介護に適していない箇所が一部ある。 <input type="checkbox"/> ほぼ介護に適した状態で整備されている。 </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                    |           |  |           |       |    |       |       |                                                                                                                          |  |  |  |  |        |                   |  |  |  |  |           |                                                             |  |  |  |  |      |                                                                                                                                                                    |  |  |  |  |       |                                                                                                      |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |
| 介護者の状況 | <input type="checkbox"/> 介護者(※)がいない。 <input type="checkbox"/> 介護者がいる。 <p>※ 同居の家族のほか、同居の家族以外の肉親、親類、縁者等も含むが、介護保険等の保健医療福祉サービスによる介護者は除く。以下同じ。</p> <p><b>【介護者がいる場合の主たる介護者の状況及び負担(※)】</b></p> <p>※ 肉体的、精神的、経済的負担等を指す。</p> <table border="1"> <tr> <td>氏名</td><td></td><td>入所希望者との続柄</td><td></td><td>年齢</td><td>満( )歳</td></tr> <tr> <td>同居の有無</td><td colspan="5"> <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居( <input type="checkbox"/> 近隣地在住 <input type="checkbox"/> 遠隔地在住 ) </td></tr> <tr> <td>就労等の状況</td><td colspan="5">週 回、1日当たり 時間、 に従事</td></tr> <tr> <td>疾病・障害等の状況</td><td colspan="5"> <input type="checkbox"/> 有(内容: ) <input type="checkbox"/> 無 </td></tr> <tr> <td>対応状況</td><td colspan="5"> <input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、対応できない時間帯又は内容が多い。 <input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、ある程度対応できるが、一部対応できない時間帯又は内容がある。 <input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、ほぼ対応できる。 </td></tr> <tr> <td>介護の負担</td><td colspan="5"> <input type="checkbox"/> 負担が大きい。 <input type="checkbox"/> 負担がやや大きい。 <input type="checkbox"/> 負担が少ない。 </td></tr> <tr> <td>介護者に関する特記事項</td><td colspan="5"></td></tr> </table> |                                                                                                                                                                    | 氏名        |  | 入所希望者との続柄 |       | 年齢 | 満( )歳 | 同居の有無 | <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居( <input type="checkbox"/> 近隣地在住 <input type="checkbox"/> 遠隔地在住 ) |  |  |  |  | 就労等の状況 | 週 回、1日当たり 時間、 に従事 |  |  |  |  | 疾病・障害等の状況 | <input type="checkbox"/> 有(内容: ) <input type="checkbox"/> 無 |  |  |  |  | 対応状況 | <input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、対応できない時間帯又は内容が多い。 <input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、ある程度対応できるが、一部対応できない時間帯又は内容がある。 <input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、ほぼ対応できる。 |  |  |  |  | 介護の負担 | <input type="checkbox"/> 負担が大きい。 <input type="checkbox"/> 負担がやや大きい。 <input type="checkbox"/> 負担が少ない。 |  |  |  |  | 介護者に関する特記事項 |  |  |  |  |  |
|        | 氏名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                    | 入所希望者との続柄 |  | 年齢        | 満( )歳 |    |       |       |                                                                                                                          |  |  |  |  |        |                   |  |  |  |  |           |                                                             |  |  |  |  |      |                                                                                                                                                                    |  |  |  |  |       |                                                                                                      |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |
|        | 同居の有無                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居( <input type="checkbox"/> 近隣地在住 <input type="checkbox"/> 遠隔地在住 )                                           |           |  |           |       |    |       |       |                                                                                                                          |  |  |  |  |        |                   |  |  |  |  |           |                                                             |  |  |  |  |      |                                                                                                                                                                    |  |  |  |  |       |                                                                                                      |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |
|        | 就労等の状況                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 週 回、1日当たり 時間、 に従事                                                                                                                                                  |           |  |           |       |    |       |       |                                                                                                                          |  |  |  |  |        |                   |  |  |  |  |           |                                                             |  |  |  |  |      |                                                                                                                                                                    |  |  |  |  |       |                                                                                                      |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |
|        | 疾病・障害等の状況                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> 有(内容: ) <input type="checkbox"/> 無                                                                                                        |           |  |           |       |    |       |       |                                                                                                                          |  |  |  |  |        |                   |  |  |  |  |           |                                                             |  |  |  |  |      |                                                                                                                                                                    |  |  |  |  |       |                                                                                                      |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |
|        | 対応状況                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、対応できない時間帯又は内容が多い。 <input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、ある程度対応できるが、一部対応できない時間帯又は内容がある。 <input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、ほぼ対応できる。 |           |  |           |       |    |       |       |                                                                                                                          |  |  |  |  |        |                   |  |  |  |  |           |                                                             |  |  |  |  |      |                                                                                                                                                                    |  |  |  |  |       |                                                                                                      |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |
|        | 介護の負担                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 負担が大きい。 <input type="checkbox"/> 負担がやや大きい。 <input type="checkbox"/> 負担が少ない。                                                               |           |  |           |       |    |       |       |                                                                                                                          |  |  |  |  |        |                   |  |  |  |  |           |                                                             |  |  |  |  |      |                                                                                                                                                                    |  |  |  |  |       |                                                                                                      |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |
|        | 介護者に関する特記事項                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                    |           |  |           |       |    |       |       |                                                                                                                          |  |  |  |  |        |                   |  |  |  |  |           |                                                             |  |  |  |  |      |                                                                                                                                                                    |  |  |  |  |       |                                                                                                      |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |

| 調査項目                                                                                                                                                                                                                                       | 内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                          |                                         |      |  |  |                                         |  |                                         |  |                                         |  |                                         |  |  |                                 |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|------|--|--|-----------------------------------------|--|-----------------------------------------|--|-----------------------------------------|--|-----------------------------------------|--|--|---------------------------------|--|--|
| 介護保険の居宅サービス又は介護保険以外の福祉サービス等の利用状況                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> 利用している。 <input type="checkbox"/> 利用していない。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                          |                                         |      |  |  |                                         |  |                                         |  |                                         |  |                                         |  |  |                                 |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                            | <b>【利用している場合の状況】</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                          |                                         |      |  |  |                                         |  |                                         |  |                                         |  |                                         |  |  |                                 |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                            | <table border="1"> <tr> <th>介護保険の居宅サービス(※)の利用状況</th><th>サービス種類</th><th>利用頻度</th></tr> <tr> <td rowspan="5"></td><td></td><td>週・月(        )回    1回当たり(        )時間・日程度</td></tr> <tr> <td></td><td>週・月(        )回    1回当たり(        )時間・日程度</td></tr> <tr> <td></td><td>週・月(        )回    1回当たり(        )時間・日程度</td></tr> <tr> <td></td><td>週・月(        )回    1回当たり(        )時間・日程度</td></tr> <tr> <td></td><td></td></tr> <tr> <td colspan="3">全サービス合わせて、支給限度額の(        )%程度利用</td></tr> </table> | 介護保険の居宅サービス(※)の利用状況                                                                                                                                                      | サービス種類                                  | 利用頻度 |  |  | 週・月(        )回    1回当たり(        )時間・日程度 |  | 週・月(        )回    1回当たり(        )時間・日程度 |  | 週・月(        )回    1回当たり(        )時間・日程度 |  | 週・月(        )回    1回当たり(        )時間・日程度 |  |  | 全サービス合わせて、支給限度額の(        )%程度利用 |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                            | 介護保険の居宅サービス(※)の利用状況                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | サービス種類                                                                                                                                                                   | 利用頻度                                    |      |  |  |                                         |  |                                         |  |                                         |  |                                         |  |  |                                 |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                          | 週・月(        )回    1回当たり(        )時間・日程度 |      |  |  |                                         |  |                                         |  |                                         |  |                                         |  |  |                                 |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                          | 週・月(        )回    1回当たり(        )時間・日程度 |      |  |  |                                         |  |                                         |  |                                         |  |                                         |  |  |                                 |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                          | 週・月(        )回    1回当たり(        )時間・日程度 |      |  |  |                                         |  |                                         |  |                                         |  |                                         |  |  |                                 |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                          | 週・月(        )回    1回当たり(        )時間・日程度 |      |  |  |                                         |  |                                         |  |                                         |  |                                         |  |  |                                 |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                          |                                         |      |  |  |                                         |  |                                         |  |                                         |  |                                         |  |  |                                 |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                            | 全サービス合わせて、支給限度額の(        )%程度利用                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                          |                                         |      |  |  |                                         |  |                                         |  |                                         |  |                                         |  |  |                                 |  |  |
| <table border="1"> <tr> <th>介護保険以外の福祉サービス等の利用状況</th><th>サービス種類</th><th>利用頻度</th></tr> <tr> <td></td><td></td><td></td></tr> </table>                                                                                                       | 介護保険以外の福祉サービス等の利用状況                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | サービス種類                                                                                                                                                                   | 利用頻度                                    |      |  |  |                                         |  |                                         |  |                                         |  |                                         |  |  |                                 |  |  |
| 介護保険以外の福祉サービス等の利用状況                                                                                                                                                                                                                        | サービス種類                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 利用頻度                                                                                                                                                                     |                                         |      |  |  |                                         |  |                                         |  |                                         |  |                                         |  |  |                                 |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                          |                                         |      |  |  |                                         |  |                                         |  |                                         |  |                                         |  |  |                                 |  |  |
| <table border="1"> <tr> <th>対応状況</th><td> <input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、対応できない時間帯又は内容が多い。<br/> <input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、ある程度対応できるが、一部対応できない時間帯又は内容がある。<br/> <input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、ほぼ対応できる。 </td></tr> </table> | 対応状況                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、対応できない時間帯又は内容が多い。<br><input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、ある程度対応できるが、一部対応できない時間帯又は内容がある。<br><input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、ほぼ対応できる。 |                                         |      |  |  |                                         |  |                                         |  |                                         |  |                                         |  |  |                                 |  |  |
| 対応状況                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、対応できない時間帯又は内容が多い。<br><input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、ある程度対応できるが、一部対応できない時間帯又は内容がある。<br><input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、ほぼ対応できる。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                          |                                         |      |  |  |                                         |  |                                         |  |                                         |  |                                         |  |  |                                 |  |  |
| ※ 居宅療養管理指導、認知症対応型共同生活介護、特定施設入所者生活介護を除く。<br>福祉用具貸与については、利用回数欄に福祉用具の品目を記載。                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                          |                                         |      |  |  |                                         |  |                                         |  |                                         |  |                                         |  |  |                                 |  |  |

| 調査項目                              | 内 容                                                                                                                                                  |
|-----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| その他入所<br>申込みに関し<br>て特に留意す<br>べき事項 | (前記調査項目以外で、入所申込みに関して特に留意すべき事項があれば記載してください。)                                                                                                          |
| 健康保険                              | <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 被用者保険 <input type="checkbox"/> その他(      )               |
| 各種手帳                              | <input type="checkbox"/> 被爆者手帳 <input type="checkbox"/> 水俣病 <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> その他(      )                    |
| 生活扶助等                             | <input type="checkbox"/> 生活扶助 <input type="checkbox"/> 介護扶助 <input type="checkbox"/> 医療扶助 <input type="checkbox"/> その他(      )                       |
| 権利擁護等                             | <input type="checkbox"/> 地域福祉権利擁護事業 <input type="checkbox"/> 成年後見制度(補助・保佐・後見)                                                                        |
| 介護負担割合                            | <input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割      割                                                           |
| 負担限度額                             | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 第1段階 <input type="checkbox"/> 第2段階 <input type="checkbox"/> 第3段階① <input type="checkbox"/> 第3段階② |
|                                   |                                                                                                                                                      |