

<input type="checkbox"/> 申 込 日	年 月 日
<input type="checkbox"/> 調 査 日	年 月 日
<input type="checkbox"/> 調 査 日	年 月 日
<input type="checkbox"/> 調 査 日	年 月 日
<input type="checkbox"/> キャンセル	年 月 日
<input type="checkbox"/> キャンセル	年 月 日
<input type="checkbox"/> 死亡／他施設入所	年 月 日

入 所 申 込 書

申請者	氏名	続柄
連絡先	住所	
	電話番号 ( )	
	携帯電話	

貴施設に入所したいので、次のとおり申し込みます。  
入所待機中に、貴施設以外の施設に入所が決定した場合、また、要介護度や連絡先、介護の状況などに変更があった場合には、速やかに貴施設に届け出ます。

フリガナ 氏 名		性 別	男 女	生年月日	明・大・昭 年 月 日
住 所				電話番号	
保 険 者	今治市 ・ その他 ( )			認定年月日	令和 年 月 日
被保険者番号				有効期限	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで
要介護度	要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5				
居宅介護 支援事業所	居宅サービスを利用されている場合、事業所名と担当ケアマネージャー名をご記入下さい。 事業所名： 担当者：				
申 込 み	<input type="checkbox"/> 貴施設のみ <input type="checkbox"/> 他の施設へも申し込む（施設名： )				
日常生活 の状況	<input type="checkbox"/> 在宅（ 独居・夫婦のみ・家族と同居・別居だが敷地内または近隣に家族がいる ） 在宅サービスの内容： <input type="checkbox"/> 施設（ 病院・老健・特養・ケアハウス・グループホーム・その他 ） 施設（病院）名： 利用開始日： 年 月 日				
介護者の状況： あり ・ なし (入院・入所中の方は在宅生活を想定してご記入下さい。)				入所希望の理由 (該当するものすべてをご記入下さい)	
主たる 介護者	氏 名		続 柄		<input type="checkbox"/> 介護者が誰もいない <input type="checkbox"/> 生活のため仕事についているので介護が困難 <input type="checkbox"/> 未就学の子や孫を世話しているので介護が困難 <input type="checkbox"/> 病気や障害などで介護が困難 <input type="checkbox"/> 他の者を介護しているので介護が困難 <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	生年月日	明・大・昭 年 月 日			
従たる 介護者	氏 名		続 柄		
	生年月日	明・大・昭 年 月 日			
特例入所要件	要介護1又は2の方が入所するためには、下記のいずれかに該当することが必要です。 ご自身の判断で該当すると思われる項目に☑を付けてください。 <input type="checkbox"/> 認知症である者であって、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる <input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる <input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難である <input type="checkbox"/> 単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である等によ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				

- 入所申込みに際し、入所指針の説明を受け、次のことに同意します。
- 1. 入所判定に必要な「介護認定調査に係る情報」を市町村から得ること。
  - 2. 入所調査に必要な「ケアプランに関する情報」を居宅介護支援事業所から得ること。
  - 3. 市町村から求められた場合、この申込み情報を市町村へ提供すること。

令和 年 月 日  
氏名（本人または代理人）

# 調 査 票

## I 家族構成についてお尋ねします。家系図をご記入下さい。

	<input type="radio"/> 本人 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input checked="" type="checkbox"/> 男性（死亡） <input checked="" type="checkbox"/> 女性（死亡） <input type="text"/> 同居
--	---

## II 入所ご希望者の状態についてお尋ねします。次の各項目の該当するものに○をお付け下さい。

①介護保険負担限度額認定証をお持ちですか？	はい ・ いいえ
②食事はご自分でとれますか？ 主食：常食・軟飯・粥・ミキサー・その他（ ） 副食：常食・一口大・ミキサー・その他（ ）	可 ・ 介助で可 ・ 不可
③起き上がりや立ち上がりはできますか？	可 ・ 介助で可 ・ 不可
④排泄はご自分でできますか？ トイレ・Pトイレ・尿器・オムツ・紙パンツ・その他（ ）	はい ・ いいえ
⑤お体に不自由なところがありますか？ 麻痺・拘縮・欠損・難聴・弱視・言語障害・その他（ ）	はい ・ いいえ
⑥家屋内での移動（歩行・車椅子）はご自分でできますか？ ふらつきや転倒、転落をされたことはありますか？	可 ・ 不可 あり ・ なし
⑦認知症状はありますか？ 徘徊・妄想・独語・帰宅願望・不潔行為・異食行為・大声を出す 暴力行為・介護拒否・見当識障害 その他（ ）	なし ・ 少し ・ かなり
⑧意思の疎通ができる理解力がありますか？	ある ・ まあまあ ・ なし
⑨職歴や趣味はありますか？	ある（ ） ・ なし
⑩既往歴や入退院歴についてご記入下さい。	

## III 次の事項について、ご記入下さい。

介護をされている上で、どのようなことがお困りですか？時間的な面や心理的な面での余裕の有無など  
 どのようなことでも結構です。率直なご意見やお気持ちをお書きください。