

施設長	副施設長	生活相談員	受付者

受付日: H 年 月 日

※太枠内のご記入をお願いします。

施設入所申込み書

室賀の里 施設長宛

申込者(代理人):	続柄()
住所:	
電話番号:	

室賀の里への入所を希望しますので、申し込みます。

ふりがな	性別	
入所希望者氏名	男・女	生年月日 明・大・昭 年 月 日(歳)
入所希望者住所	〒	
介護保険被保険者番号	TEL	
要介護度	有効期間	平成 年 月 日 まで 保険者
	<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 <input type="checkbox"/> 新規申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更申請中	
該当する、自宅での日常生活が困難な理由 ※要介護1および要介護2の方は、該当項目がない場合は入所申込みをすることは出来ません	※要介護1または要介護2の方のみお答えください	
	<input type="checkbox"/> 認知症であり、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられる。	
	<input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害を伴い、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられる	
	<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、心身の安全確保が困難である。	
入所を希望する理由、自宅での介護が困難である理由	※すべての方、お答えください(該当項目すべてにチェックをお願いします)	
	<input type="checkbox"/> 介護者がいないため。	
	<input type="checkbox"/> 介護者に病気や障害などがあり、介護が出来ない。	
	<input type="checkbox"/> 介護者は、1人で2人以上の障害等のある方を介護している。	
	<input type="checkbox"/> 介護者は、週平均()時間以上勤務しており、介護が出来ない。	
	<input type="checkbox"/> 介護者は、65歳以上である。	
	<input type="checkbox"/> 介護者は、75歳以上である。	
<input type="checkbox"/> 介護者は、中学校入学前の子供を育児中である。		
<input type="checkbox"/> 居宅介護サービスの限度額を超えており、経済的負担が大きいため。		
<input type="checkbox"/> 現在入院している病院または施設から退院を求められており、在宅生活が困難であるため。		
<input type="checkbox"/> その他 ()		
居室の希望(希望する理由)	<input type="checkbox"/> 個室() <input type="checkbox"/> どちらでも良い	
	<input type="checkbox"/> 多床室()	

担当ケアマネジャー			事業所名				
利用サービス	<input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護施設 <input type="checkbox"/> その他()						
サービス利用状況 (サービス名、利用時間も記入)	月						
	火						
	水						
	木						
	金						
	土						
	日						
入所判定にあたって特に配慮して欲しい事項	(例) 現在デイサービスを中心にサービスを利用しているが、介護者が就労しており昼間の時間帯に不在であるため、将来的に在宅生活に不安を感じている。						
施設申し込み状況	<input type="checkbox"/> 申込済の施設 () <input type="checkbox"/> 今後申込予定の施設 ()						
主たる介護者の状況	ふりがな		性別				
	氏名	続柄()	男・女	生年月日	明・大・昭 年 月 日 ()歳		
	住所連絡先	〒			要介護認定の有無	あり・なし	
		TEL			介護度		
	同居区分	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居					
関係	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他()						
入所希望者の家族・親族などの状況	家族・親族氏名	本人との関係	年齢	同居or別居	介護への協力		
					有・無		
					有・無		
					有・無		

現況	<input type="checkbox"/> 自宅で生活している <input type="checkbox"/> 施設(病院)に入所(入院)中 (名称) 年 月 日～	
ご本人の状況	食事	<input type="checkbox"/> 自力摂取 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 経管栄養(胃ろう・鼻腔・その他) 食事制限など()
	入浴	<input type="checkbox"/> 自分で可能 <input type="checkbox"/> 介助があれば可能 <input type="checkbox"/> 入ることが出来ない(入っていない)
	排泄	<input type="checkbox"/> 自分で可能 <input type="checkbox"/> 介助があれば可能 <input type="checkbox"/> オムツを使っている
	認知症と	<input type="checkbox"/> 診断されている <input type="checkbox"/> 診断されていない
医療状況	<input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> 酸素吸入 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 痰吸引 <input type="checkbox"/> 経管栄養 (<input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう <input type="checkbox"/> 経鼻) <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> その他() 【現在治療中・薬を飲んでいる病名】 ()	
過去の入所入院状況	施設 病院名	年 月 日 ~ 年 月 日
		理由
	施設 病院名	年 月 日 ~ 年 月 日
		理由
	施設 病院名	年 月 日 ~ 年 月 日
		理由

同意書

私および私の家族は、室賀の里が入所判定会議等において、必要最小限度の範囲で、私および私の家族等の個人情報を用いることを、あらかじめ同意します。

平成 年 月 日

本人氏名

印

代理人氏名

印