

入所を希望するので、下記のとおり申込みます。

|      |                         |
|------|-------------------------|
| 申込日  | 令和      年      月      日 |
| 整理番号 |                         |
| 受付者  |                         |

[illegible]

|             |                                                                                                                                                                                                                           |      |               |  |
|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|---------------|--|
| 申<br>込<br>者 | ふりがな                                                                                                                                                                                                                      |      | 入所希望者<br>との続柄 |  |
|             | 氏名                                                                                                                                                                                                                        | (印)  |               |  |
|             | 住所                                                                                                                                                                                                                        |      |               |  |
|             | 電話番号                                                                                                                                                                                                                      | (自宅) | (携帯)          |  |
|             | その他の連絡先                                                                                                                                                                                                                   |      |               |  |
| 申込状況        | <input type="checkbox"/> 敬風園のみ申し込む。 <input type="checkbox"/> 楽々楽館のみ申し込む。 <input type="checkbox"/> 敬風園・楽々楽館に申し込む。<br><input type="checkbox"/> 他の施設も申し込んでいる。又は申し込む予定。<br>施設名 ( ) ( ) ( )<br>申込月日 ( . . 頃) ( . . 頃) ( . . 頃) |      |               |  |
| 説明確認欄       | 私は、入所申込みに際し、入所に至るまでの経緯及び個人情報の取扱いについて、入所申込みの手引きに基づき説明をうけ、内容に同意しました。<br><br><div style="text-align: right;">令和    年    月    日                  署名                  (印)</div>                                                |      |               |  |

|                |                                                                                                                     |                             |                             |                               |                                |                                                                     |
|----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| 入所申込取下<br>げ受付欄 | 受付年月日                                                                                                               | 令和                          | 年                           | 月                             | 日                              | 確認方法( <input type="checkbox"/> 書類提出 ・ <input type="checkbox"/> 電話 ) |
|                | 受付者                                                                                                                 | 届出者氏名                       |                             |                               |                                | (続柄 )                                                               |
|                | <input type="checkbox"/> 敬風園のみ取り下げる。 <input type="checkbox"/> 楽々楽館のみ取り下げる。 <input type="checkbox"/> 敬風園・楽々楽館を取り下げる。 |                             |                             |                               |                                |                                                                     |
|                | 取下理由                                                                                                                | <input type="checkbox"/> 死亡 | <input type="checkbox"/> 入院 | <input type="checkbox"/> 在宅継続 | <input type="checkbox"/> 他施設入所 |                                                                     |

# 入所希望者調書

※ 該当するものに、レ印を記入して下さい。

|                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                         |
|----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.現在の状況                                | <input type="checkbox"/> 現在利用中の施設及び医療機関等から退所を求められている<br>(利用機関名 _____ 退所要求年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                         |
|                                        | <input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らしをしている                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                         |
|                                        | <input type="checkbox"/> 自宅で高齢者(75歳以上)または要介護者と二人暮らしをしている                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                         |
|                                        | <input type="checkbox"/> 自宅以外の家で暮らしている                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                         |
|                                        | <input type="checkbox"/> 認知症高齢者又は障害者グループホーム等に入居もしくは医療機関に入院している。<br>(利用機関名 _____ 入居・入院年月日 _____ 年 _____ 月)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                         |
| <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                         |
| 2.居宅サービス利用状況                           | 区分支給限度基準額に対して <input type="checkbox"/> 80%以上利用 <input type="checkbox"/> 50%以上利用 <input type="checkbox"/> 50%未満利用 <input type="checkbox"/> 利用していない                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                         |
| 3.医療に関する状況<br>(該当するもの全てにレ点チェックをしてください) | <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 人工透析<br><input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 留置カテーテル<br><input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> 皮膚疾患 <input type="checkbox"/> 感染症(有・無) <input type="checkbox"/> その他( _____ )<br><input type="checkbox"/> 飲み薬(有・無)   _____<br><input type="checkbox"/> 現在治療中の病気( _____ )<br><input type="checkbox"/> 既往歴( _____ ) |                                                                                                                                                                                                                                         |
| 4.認知症等の有無                              | <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 精神障害 <input type="checkbox"/> 知的障害                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                         |
| 5.認知症等による行動障害<br><br>頻度に○印をして下さい       | 物を盗られたなどの妄想落ち着かなくなることが                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | ない・月/2～3回ある・週/2～3回以上ある                                                                                                                                                                                                                  |
|                                        | 実際ないものが見えたり、聞こえることが                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | ない・月/2～3回ある・週/2～3回以上ある                                                                                                                                                                                                                  |
|                                        | 泣いたり笑ったりして感情が不安定になることが                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | ない・月/2～3回ある・週/2～3回以上ある                                                                                                                                                                                                                  |
|                                        | 夜間不眠、あるいは昼夜逆転が                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | ない・月/2～3回ある・週/2～3回以上ある                                                                                                                                                                                                                  |
|                                        | 大声を出すことが                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | ない・月/2～3回ある・週/2～3回以上ある                                                                                                                                                                                                                  |
|                                        | 日中、夜間を問わず落ち着きなく歩き回ることが                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | ない・月/2～3回ある・週/2～3回以上ある                                                                                                                                                                                                                  |
|                                        | 外出すると一人で戻れなくなることが                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | ない・月/2～3回ある・週/2～3回以上ある                                                                                                                                                                                                                  |
|                                        | いろいろな物を集めたり、無断で持ってくるものが                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | ない・月/2～3回ある・週/2～3回以上ある                                                                                                                                                                                                                  |
|                                        | 食べられないものを口に入れることが                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | ない・月/2～3回ある・週/2～3回以上ある                                                                                                                                                                                                                  |
| 6・介護に関する状況                             | 食事摂取                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 粥食 <input type="checkbox"/> キザミ食 <input type="checkbox"/> 流動食 |
|                                        | 排 尿                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> オムツ                            |
|                                        | 排 便                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> オムツ                            |
|                                        | 入 浴                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> リフト浴 <input type="checkbox"/> 電動浴                             |
|                                        | 歩 行                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子  |
|                                        | 衣服着脱                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助                                                                                                                     |
|                                        | 視 力                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや見えにくい <input type="checkbox"/> かなり見えにくい <input type="checkbox"/> 全く見えない                                                                                                          |
|                                        | 聴 力                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや聞こえにくい <input type="checkbox"/> かなり聞こえにくい <input type="checkbox"/> 全く聞こえない                                                                                                       |
|                                        | 意思の伝達                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや伝えにくい <input type="checkbox"/> かなり伝えにくい <input type="checkbox"/> 全く伝えられない                                                                                                        |

|                                      |                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                       |                                                         |     |          |                         |    |  |
|--------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-----|----------|-------------------------|----|--|
| 7. 主たる介護者の状況                         | 主たる介護者の有無                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 |     |          |                         |    |  |
|                                      | ふりがな                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                       | 性別                                                      | 男・女 | 生年<br>月日 | 大・昭・平<br>年 月 日生<br>( 歳) | 続柄 |  |
|                                      | 氏 名                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                       |                                                         |     |          |                         |    |  |
|                                      | 居住関係                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(住所: )<br>入所希望者宅までの所要時間 (車で・徒歩で・電車で 分位)                                                                                                        |                                                         |     |          |                         |    |  |
|                                      | 就労状況                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 終日就労(8時間) <input type="checkbox"/> 半日(4時間程度)就労 <input type="checkbox"/> 就労していない                                                                                              |                                                         |     |          |                         |    |  |
|                                      | 健康状態                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病弱 <input type="checkbox"/> 要入院加療 ( カ月程度・病名 )<br><input type="checkbox"/> 入院していないが継続的な治療を要する(病名 )<br><input type="checkbox"/> 慢性疾患等で定期的に通院中(病名 ) |                                                         |     |          |                         |    |  |
|                                      | 身体状況                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 障害有 ( 級・障害の種類: ) <input type="checkbox"/> 障害無<br><input type="checkbox"/> 要介護認定を受けていない <input type="checkbox"/> 受けている(要支援 1・2 介護 1・2・3・4・5)                                  |                                                         |     |          |                         |    |  |
| 8. 他に対応を要する家族の有無                     | <input type="checkbox"/> 自宅に入所希望者以外にも介護及び看護の必要な家族がいる(要支援 1・2 介護 1・2・3・4・5)<br><input type="checkbox"/> 同居家族に小学校入学前の子供がいる(子供の年齢 歳) |                                                                                                                                                                                                       |                                                         |     |          |                         |    |  |
| 9. 家族以外で介護協力者の有無                     | <input type="checkbox"/> 協力してくれる人はいない<br><input type="checkbox"/> 親族以外の協力者(近隣者など)がいる<br><input type="checkbox"/> 親族に協力者がいる        |                                                                                                                                                                                                       |                                                         |     |          |                         |    |  |
| 【介護をしていて困っていること、その他特記すべき事項をお書きください。】 |                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                       |                                                         |     |          |                         |    |  |

※申込書に添えて提出する書類

- 1 入所希望者の介護保険被保険者証 (写)
- 2 直近のサービス利用票(写)及びサービス利用票別表 (写)……在宅サービスを受けている方のみ  
(担当介護支援専門員より渡されるサービス利用票と別表です。)
- 3 介護者の障害手帳(写)……介護者が障害手帳を保有している場合のみ

|       |
|-------|
| 施設利用欄 |
|-------|