

※②要介護1又は2の方については、特例入所の該当要件を「介護者の意見」欄に記入してください。

※申込の際には、介護保険被保険者証（写）を添付してください。

1. 入居対象者の身体状況について記入願います。

○寝たきり度（ J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2 ）

※○で囲んで下さい。

○認知度（有・無に○を記し、有の場合、下記から番号と頻度を記入して下さい。）

有 ・ 無



番号（ ）

頻度（ 月 回 / 週 回 / 毎日 ）

2. 家庭介護困難な状況について具体的に記入願います。

3. 認知症による問題があれば具体的に記入願います。

4. その他問題があればご記入下さい。

○寝たきり度

J1 交通機関等を利用して外出できる

A1 介助により外出、日中はベットから離れている

B1 車いすにて移乗し、食事・排泄はベットから離れて行える

C1 自力で寝返りをうつ

J2 隣近所へなら外出できる

A2 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたり

B2 介助により車いすに移乗する

C2 自力で寝返りもうたない

○認知度

※「認知症の行動の行動・心理症状の頻度」は、次の(1)～(22)を対象

(1)暴言暴行、(2)大声を出す、(3)介護に抵抗、(4)目的もなく動き回る、(5)外出して戻れず、(6)1人で外に出たがり目が離せない、(7)火の不始末、(8)不潔行為、(9)異食行動、(10)昼夜逆転、(11)物盗られ等の妄想がある、(12)作話をする、(13)実際無いものを見聞きする、(14)感情が不安定になる、(15)しつこく同じ話をしたり不快な音をたてる、(16)「家に帰る」等落ち着きがない、(17)いろいろな物を集めたり無断で持って来る、(18)物や衣類を壊したり破いたりする、(19)ひどい物忘れがある、(20)意味もなく独り言や独り笑いをする(21)自分勝手に行動する、(22)話がまとまらず、会話にならない。

様式第2号（指針第5の2）

入所申込取下書

平成 年 月 日

特別養護老人ホームいいたてホーム
施設長 様

私（入所希望対象者）、_____は、次の理由により貴施設への入所
申込みを取下げいたします。

（理由）

届出者 氏名 _____

関係 _____

住所 _____

※届出者は、原則として入所申込書の申込者とする。

入所申込取下書受理年月日	年 月 日
選考者名簿整理年月日	年 月 日

指定介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）「いいたてホーム」入所申込書

申 込 日	平成27年 4月 1日	受 付 日	年 月 日
住 所	〒960-1803 福島県相馬郡飯舘村伊丹沢字伊丹沢571		
電 話	0244 (42) 1700	携帯電話	090 (1234) 〇×〇×
申込者氏名	福 祉 太 郎 (福)	続 柄	子 (長男)
入所対象者本人の同意の有無		(有)	無

※原則として入所申込者は本人及び家族又は代理人となります。

※今後の連絡先とさせていただきます。

貴施設に入所したいので、次のとおり申し込みます。

入所対象者の状況	フリガナ	フクシ ハナコ	性 別	男 (女)
	氏 名	福 祉 花 子	生年月日	M T (S) 3年 4月 1日
	介護保険被保険者番号	000001230×	保 険 者	飯舘村
	要介護度	4	保険者番号	075648
	要介護認定期間	平成27年 4月 1日から 平成29年 3月31日まで	現住所	〒960-1803
	連 絡 先	電話 0244 (42) 1700 / 携帯電話 ()		
現 況	<input type="checkbox"/> 単身世帯 <input checked="" type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 家族と同居 () <input checked="" type="checkbox"/> 介護保険施設や病院等に入所 (院) 中 ◇ 施設 (病院) 名称 (飯舘クリニック) ◇ 入所 (院) の時期 (平成25年 7月 1日から) <input checked="" type="checkbox"/> 居宅介護サービス利用中 ◇ 居宅介護支援事業所 (いいたて在宅介護支援センター) ◇ 担当ケアマネージャー (特養 花代)			
主たる介護者	フリガナ	フクシ モモヨ	性 別	男 (女)
	氏 名	福 祉 百 代	生年月日	M T (S) 23年12月 1日
	本人との関係	長男の妻	同居の別	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
	現 住 所	〒960-1803 福島県相馬郡飯舘村伊丹沢字伊丹沢571		
	連 絡 先	電話 0244 (42) 1700 / 携帯電話 080 (1234) 〇×〇×		
介護者の意見 (介護の困難事由)	高齢者世帯であり、夫は就労中、私は腰痛・膝痛のため週3回通院しており、椅子の生活になっていることから、寝たきりの義母の身体介助等が困難。			
身元引受人	フリガナ	フクシ タロウ	性 別	(男) 女
	氏 名	福 祉 太 郎	生年月日	M T (S) 22年 5月 23日
	連絡先 (電話)	0244 (42) 1700	同居の別	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
	現 住 所	〒960-1803 福島県相馬郡飯舘村伊丹沢字伊丹沢571		
申込状況	<input type="checkbox"/> 当施設にのみ申し込む <input checked="" type="checkbox"/> 他の施設に申し込んでいる、今後申し込む予定 ◇ 施設名 : 特別養護老人ホーム 伊丹沢荘 ◇ 施設名 : 特別養護老人ホーム 福祉園 ◇ 施設名 : 特別養護老人ホームケアハウス ◇ 施設名 :			
同意欄	<p>以上は、特別養護老人ホーム入所指針の説明を書面により受け、同意の上、申込みを行ったものです。</p> <p>また、入所検討委員会における検討資料作成のため介護支援専門員等による調査の受入や、保険者・居宅介護支援事業者等介護保険事業者からサービス利用票等の写しを徴することに同意します。</p> <p>本人 _____ 福 祉 花 子 _____ 福 ()</p> <p>家族(又は代理人) _____ 福 祉 太 郎 _____ 福 ()</p>			

※①申込の際には、介護保険被保険者証(写)を添付してください。

※②要介護1又は2の方については、特例入所の該当要件を「介護者の意見」欄に記入してください。

※申込の際には、介護保険被保険者証（写）を添付してください。

1. 入居対象者の身体状況について記入願います。

○寝たきり度（ J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2 ）

※○で囲んで下さい。

○認知度（有・無に○を記し、有の場合、下記から番号と頻度を記入して下さい。）

○有 ・ 無



番号（ (2)、(10)、(20)、(22) ）

頻度（ 月 3回 / 週 回 / 毎日 ）

2. 家庭介護困難な状況について具体的に記入願います。

介護者である私は、腰痛等により週3日通院している状態にあり、義母のトイレ介助や入浴を介助することができない。また、夫は生計を維持するため就労中であり、介護することも困難な状況にあります。

3. 認知症による問題があれば具体的に記入願います。

意味もなく独り言を言ったり、大声で突然叫んだり、夜寝れず日中寝ていることが多く、側にいる私は休まることができない。

4. その他問題があればご記入下さい。

○寝たきり度

J1 交通機関等を利用して外出できる

J2 隣近所へなら外出できる

A1 介助により外出、日中はベットから離れている

A2 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたり

B1 車いすにて移乗し、食事・排泄はベットから離れて行える

B2 介助により車いすに移乗する

C1 自力で寝返りをうつ

C2 自力で寝返りもうたない

○認知度

※「認知症の行動の行動・心理症状の頻度」は、次の(1)～(22)を対象

(1)暴言暴行、(2)大声を出す、(3)介護に抵抗、(4)目的もなく動き回る、(5)外出して戻れず、(6)1人で外に出たがり目が離せない、(7)火の不始末、(8)不潔行為、(9)異食行動、(10)昼夜逆転、(11)物盗られ等の妄想がある、(12)作話をする、(13)実際無いものを見聞きする、(14)感情が不安定になる、(15)しつこく同じ話をしたり不快な音をたてる、(16)「家に帰る」等落ち着きがない、(17)いろいろな物を集めたり無断で持って来る、(18)物や衣類を壊したり破いたりする、(19)ひどい物忘れがある、(20)意味もなく独り言や独り笑いをする(21)自分勝手に行動する、(22)話がまとまらず、会話にならない。