

指定介護老人福祉施設〔特別養護老人ホーム〕等入所申込書兼台帳

申込者連絡先 (家族等代理の方の場合)	氏名：	続柄
	〒	
	住所：	
	電話番号	

施設 記 入 欄	申込日	年 月 日	受付日	年 月 日
	受付番号		担当者名	
	法人名			
	入所申込施設名			
	保険者への報告	不要 ・ 要 報告日： 年 月 日		

今後、郵便物などはこの連絡先にお送りさせていただきます。

本 人 の 状 況	(フリガナ)		性別		保険者(番号)									
	氏名		男 女		被保険者番号									
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 (満 歳)			要介護認定期間					年 月 日 から				年 月 日 まで
	要介護度	<p>1 . 2 . 3 . 4 . 5</p> <p>↓</p> <p>要介護 1・2 は下記のいずれかの該当が必要です</p> <p><input type="checkbox"/>認知症が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。</p> <p><input type="checkbox"/>知的障がい・精神障がい等を伴い、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。</p> <p><input type="checkbox"/>家族等による深刻な虐待が疑われる等により、心身の安全・安心の確保が困難な状況である。</p> <p><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。</p>												
	障がいの程度	<input type="checkbox"/> 療育手帳あり (<input type="checkbox"/> A 1 <input type="checkbox"/> A 2 <input type="checkbox"/> B 1 <input type="checkbox"/> B 2) <input type="checkbox"/> 精神障がい者保健福祉手帳あり (<input type="checkbox"/> 1 級 <input type="checkbox"/> 2 級 <input type="checkbox"/> 3 級)												
	自宅住所	〒		電話番号										
	現在の居所 ※自宅以外に居住している場合に記入	<input type="checkbox"/> 自宅で単身 <input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯 <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 他の施設や病院に入っている												
		施設・病院の名称	所在地		〒 -									
		入所又は入院期間	平成 年 月から (年 か月)		電話番号	()								
	入所申込理由	<input type="checkbox"/> 介護する者がいないため <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」、「障がい」、「疾病」等により十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者が就労していることから、(昼間独居となり常時の)十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護ができないため <input type="checkbox"/> 介護する者が遠方に居住していることにより十分な介護ができないため <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 施設や病院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 <input type="checkbox"/> 介護保険の居宅サービス給付の区分支給額を超えており、経済的負担が大きいため <input type="checkbox"/> その他 ()												
本人の入所意向	<input type="checkbox"/> 入所を希望している <input type="checkbox"/> 迷っている <input type="checkbox"/> 拒否している <input type="checkbox"/> 知らせていない <input type="checkbox"/> 認知力低下により理解困難													

本人の状況	在宅介護 継続期間	年 月 日	居宅サービスの 利用の有無	□有(下記も記入してください) □無			
	申込日前 月に利用 中のサー ビス (月分)	訪問介護	回/月	訪問入浴	回/月	訪問看護	回/月
		通所介護	回/月	短期入所 生活・療養介護	日/月	訪問リハ	回/月
	その他						
	入所希望 時期	□早期希望(1~3か月内) □6か月以内 □1年以内 □1年以上()年以内					
	利用して いる居宅 介護支援 事業所名	電話番号:		担当ケア マネージャー名			
医療の 状況	□経管栄養 □胃ろう □酸素療法 □インスリン自己注射 □ストーマ(人工肛門)処置 □カテーテル □中心静脈栄養 □その他() 現在治療中の病名 _____ 受診している医療機関 _____ 【特記事項】						
他施設 への 申込状況	□当該施設のみ申込み □他の施設(特養・老健・療養型・病院)にも申込んで(予定も含む)いる ()箇所) 既に申込んでいる施設名 () () 今後申込み予定の施設名 () () 特養待機期間(他施設も含む) 年 月						
主たる介護者の状況	家族構成	□親 □配偶者 □子 □孫 □その他() 計 人					
	(フリガナ)		性別	年齢	本人との関係	続柄() □同居 □別居 住所:	
	主たる 介護者の 氏名		男 ・ 女	満 歳		電話番号: ()	
	意見等 (介護等 で困って いること)	(注: 身体的状況(健康状態)や仕事の有無(週の勤務日数及び時間)などを記入してください。)					
同居以外の親族・援助者の有無について							
1. 子 2. 兄弟・親戚等 3. 親族はないが援助者あり 4. 親族・援助者なし							

■注1 介護保険被保険者証・介護保険要介護認定調査票基本調査・直近3か月分のサービス利用表及び別表の写しを添付のこと

注2 要介護度など要件や他施設へ入所されるなどの状況に変化があった場合は、すぐに施設へお知らせください。

注3 必要に応じて申込後の状況について、施設から確認や連絡をすることがあります。

注4 入所希望時期については、入所決定に際して、なんら影響を与えるものではありませんので、ありのままご記入ください。

入所申込みに係る同意書

指定介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）等入所の申込みにあたり、その手続きについて説明を受け、下記の事項について同意します。

記

- 入所申込みを受けた施設が介護保険の保険者[市町村等]（以下「介護保険者」という）に対し、本申込書の内容及び、施設入所選考に必要な情報を提供すること

- 介護保険者が介護保険サービスの提供に際して、必要な情報を関係する機関又は介護サービス事業者を提供すること

【要介護1又は2で特例入所の要件に該当する人のみ】

- 介護保険者が施設入所選考に際して、保有する情報や、関係する機関又は介護サービス事業者から取得した情報を、施設に対し提供すること

年 月 日

入所申込者（本人） 氏名： _____

家族等代理の方 氏名： _____

主たる介護者の方 氏名： _____

指定介護老人福祉施設〔特別養護老人ホーム〕入所選考調査票

入所申込者(本人)氏名		被保険者番号							
受付番号		保険者(番号)							

ケアマネジャー 年 ネ ジ 月 ヤ 日 (記入日) 欄	事業所名				連絡先電話番号				
	担当ケアマネジャー氏名				職種				
	基本的評価基準								
		要介護度	介護者の有無	在宅サービスの利用率	地域性	合計			
		3・4・5 1・2 (特例入所対象)	・単身 ・高齢者のみ世帯で介護者が要 支援以上の世帯 ・その他の世帯	% □未利用 □入院・入所中	同一市町村・ 圏域内、隣接市	点			
	点数	点			点	点			
	【本人の心身の状況】	<input type="checkbox"/> 常時の介護や見守りが必要である <input type="checkbox"/> 認知症を原因とする昼夜逆転・徘徊等の問題行動があり、 介護者の日常生活に支障がある <input type="checkbox"/> 寝たきりにより食事・排泄・入浴等日常生活全般を通じ、介 助が必要である <input type="checkbox"/> 多少の一部介助や見守りを必要とする <input type="checkbox"/> ほとんど自立による日常生活が可能である <input type="checkbox"/> その他 ()			<input type="checkbox"/> 十分なケア(ナイトケア等)が受けられない <input type="checkbox"/> 病院等の入所者で帰る家がない <input type="checkbox"/> 介護保険の利用限度額を超えて在宅サービスを自費負担して いるなど経済的理由 <input type="checkbox"/> その他 ()				
	【介護者の状況】	<input type="checkbox"/> 介護者が全くいない <input type="checkbox"/> 介護者がいるが他に介護や育児が必要な者がいる <input type="checkbox"/> 介護者はいるが十分な介護が困難(高齢・障がい・疾病・ 就労・その他:) <input type="checkbox"/> 介護者が遠隔地にいる <input type="checkbox"/> 介護者が近隣にいる <input type="checkbox"/> 同居の介護者がいる(人) <input type="checkbox"/> その他 ()			【住環境】 <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難(住居が狭い等) <input type="checkbox"/> 在宅サービスの利用に必要な住環境に支障がある <input type="checkbox"/> 施設や病院から退所を求められている <input type="checkbox"/> その他 ()				
	【在宅生活継続の可能性】	<input type="checkbox"/> 極めて困難 <input type="checkbox"/> 在宅サービスを利用しても在宅生活に支障がある <input type="checkbox"/> 検討の余地あり <input type="checkbox"/> 在宅サービスの利用により在宅生活の継続が期待できる <input type="checkbox"/> その他 ()			【参考項目】 ・家族の負担感 <input type="checkbox"/> 介護疲れがひどい <input type="checkbox"/> 殆どかかわっていない <input type="checkbox"/> 在宅サービスを利用しているが介護疲れがある <input type="checkbox"/> 在宅サービスの利用にて順調 <input type="checkbox"/> 在宅サービスの利用ないが順調 ・意思疎通 <input type="checkbox"/> 慣れた人でも意思疎通は困難 <input type="checkbox"/> 家族など慣れた人なら問題はない <input type="checkbox"/> 特に問題はない ・入所について <input type="checkbox"/> 強く拒否している □拒否傾向 <input type="checkbox"/> 意思確認が困難 <input type="checkbox"/> 希望はしていないが同意している <input type="checkbox"/> 同意している □強く望んでいる				
	【在宅生活に支障のある状況】	<input type="checkbox"/> 近くに在宅サービス事業者がなくその利用が困難							
【特記事項】									

施設記入欄	年 月 日 (記入日)	医療の必要性	
		同居以外の親族 や援護者の有無	
		在宅介護の可能性 ・介護者の事情	
		家族の 介護負担感	
		住環境の状況	
		その他	

入所申込書受付日		年 月 日	受付番号		入所日	年 月 日
保険者への報告		要 ・ 不要 年 月 日	保険者から の情報提供	有 無	年 月 日	
施設記入欄	年 月 日 (記入日)	要介護度	介護者の有無	在宅サービスの利用率	地域性	合計
		1・2・ 3・4・5	・単身 ・高齢者のみ世帯で介護者が要支援 以上の世帯 ・その他の世帯	% <input type="checkbox"/> 未利用 <input type="checkbox"/> 入院・入所中	同一市町村 圏域内、隣接市	
			点	点	点	点
	【評価すべき個別的事項等】					
	年 月 日 (記入日)	要介護度	介護者の有無	在宅サービスの利用率	地域性	合計
		1・2・ 3・4・5	・単身 ・高齢者のみ世帯で介護者が要支援 以上の世帯 ・その他の世帯	% <input type="checkbox"/> 未利用 <input type="checkbox"/> 入院・入所中	同一市町村 圏域内、隣接市	
		点	点	点	点	
【評価すべき個別的事項等】						

指定介護老人福祉施設〔特別養護老人ホーム〕等入所申込書兼台帳

申込者連絡先 (家族等代理の方の場合)	氏名：大阪 ○郎	続柄	子
	〒 540-xxxx		
	住所：大阪府中央区大手前×丁目		
	電話番号	06-(xxxx) -xxxx	

施設 記入 欄	申込日	年 月 日	受付日	年 月 日
	受付番号		担当者名	
	法人名			
	入所申込施設名			
	保険者への報告	不要 ・ 要 報告日： 年 月 日		

今後、郵便物などはこの連絡先にお送りさせていただきます。

本人 の 状 況	(フリガナ)	オオサカ ○○コ	性別	男	保険者(番号)	○ ○ 市	2	7	0	1	2	3			
	氏名	大阪 ○子		♀	被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	生年月日	明・大・昭 10年10月10日 (満79歳)	要介護認定期間	○ ○ 年 5月 1日 から ○ ○ 年 4月 30日 まで ※未申請の方は記入してください 年 月 日											
	要介護度	1・2・③・4・5 ↓ 要介護1・2は下記のいずれかの該当が必要です □認知症が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。 □知的障がい・精神障がい等を伴い、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。 □家族等による深刻な虐待が疑われる等により、心身の安全・安心の確保が困難な状況である。 □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。													
	障がいの程度	□療育手帳あり (□A1 □A2 □B1 □B2) □精神障がい者保健福祉手帳あり (□1級 □2級 □3級)													
	自宅住所	〒540-xxxx 大阪府中央区大手前○丁目○番地						電話番号	06 (xxxx) xxxx						
	現在の居所 ※自宅以外に居住している場合に記入	□自宅で単身 □高齢者のみの世帯 <input checked="" type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている □他の施設や病院に入っている													
		施設・病院の名称	所在地		〒 -										
		入所又は入院期間	平成 年 月から (年 か月)			電話番号	()								
	入所申込理由	□介護する者がいないため <input checked="" type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」、「障がい」、「疾病」等により十分な介護が困難なため □介護する者が就労していることから、(昼間独居となり常時の)十分な介護が困難なため <input checked="" type="checkbox"/> 介護する者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護ができないため □介護する者が遠方に居住していることにより十分な介護ができないため □居住環境の事情により十分な介護が困難なため □施設や病院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 □介護保険の居宅サービス給付の区分支給額を超えており、経済的負担が大きいため □その他 ()													
本人の入所意向	<input checked="" type="checkbox"/> 入所を希望している □迷っている □拒否している □知らせていない □認知力低下により理解困難														

本人の状況	在宅介護継続期間	3年 6か月		居宅サービスの利用の有無		<input checked="" type="checkbox"/> 有(下記も記入してください) <input type="checkbox"/> 無	
	申込日前月に利用中のサービス(月分)	訪問介護	回/月	訪問入浴	回/月	訪問看護	回/月
		通所介護	8回/月	短期入所生活・療養介護	12日/月	訪問リハ	回/月
		その他					
	入所希望時期	<input type="checkbox"/> 早期希望(1~3か月内) <input checked="" type="checkbox"/> 6か月以内 <input type="checkbox"/> 1年以内 <input type="checkbox"/> 1年以上()年以内					
	利用している居宅介護支援事業所名	居宅介護支援事業所〇〇〇		担当ケアマネジャー名		谷町 〇〇	
電話番号	06(XXXX)XXXX						
医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インスリン自己注射 <input type="checkbox"/> ストーマ(人工肛門)処置 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> その他() 現在治療中の病名 <u>高血圧症</u> 受診している医療機関 <u>〇〇医院</u> 【特記事項】 <u>認知症</u>						
他施設への申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申込み <input checked="" type="checkbox"/> 他の施設(特養・老健・療養型・病院)にも申込んで(予定も含む) いる (1 箇所) 既に申込んでいる施設名 (<u>〇〇苑</u>)() 今後申込み予定の施設名 () () 特養待機期間(他施設も含む) 1年 8か月						
主たる介護者の状況	家族構成	<input type="checkbox"/> 親 <input checked="" type="checkbox"/> 配偶者 <input checked="" type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> その他() 計 人					
	(フリガナ)	オオサカ 〇 〇 エ		性別	年齢	続柄(子の配偶者) <input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
	住所	申込者と同じ					
	主たる介護者の氏名	大阪 〇 江		男・女	満50歳	電話番号: (同上)	
意見等(介護等で困っていること)	(注: 身体的状況(健康状態)や仕事の有無(週の勤務日数及び時間)などを記入してください。) (例) 妻はパートで週の前半はフルタイム、後半は午前の勤務になるよう調整し、母の介護を行ってきたが母の昼夜逆転が顕著になり、私も夫も夫婦ともども夜間の介護で身体的・精神的に参ってきている。経済的な事情で妻も仕事を辞めることは難しく、自宅での介護に限界を感じている。						
同居以外の親族・援助者の有無について	1. 子 2. 兄弟・親戚等 3. 親族はないが援助者あり ④. 親族・援助者なし						

■注1 介護保険被保険者証・介護保険要介護認定調査票基本調査・直近3か月分のサービス利用表及び別表の写しを添付のこと
 注2 要介護度など要件や他施設へ入所されるなどの状況に変化があった場合は、すぐに施設へお知らせください。
 注3 必要に応じて申込後の状況について、施設から確認や連絡をすることがあります。
 注4 入所希望時期については、入所決定に際して、なんら影響を与えるものではありませんので、ありのままご記入ください。

- ※1 「申込日」: 申込者が施設へ提出した日(郵送により提出した場合は投函日)
- ※2 「受付日」: 特別養護老人ホームが受け付けた日
- ※3 「申込者」: 本人又は本人を代理する家族等になります。
本人等の記入が困難な場合には、ケアマネジャー等が代筆することも可能です。
(ケアマネジャー等が代筆される場合は、代筆者の名前を右肩に併記してください。具体的な記入例は下記のとおり)

標準様式 1	(代筆者: ケアマネジャー○○ ○○)					
指定介護老人福祉施設 [特別養護老人ホーム] 入所申込書兼台帳						
氏名: 大阪 ○ 郎	続柄	子	申込日	年 月 日	受付日	年 月 日

- ※4 「保険者番号」「被保険者番号」「要介護認定期間」: 被保険者証に記載されている内容を記入してください。
- ※5 「要介護度」: 区分変更、更新申請中の場合は現在の認定結果を記入してください。結果がわかり次第施設にご連絡ください。要介護1又は2の方は、4つの要件のいずれかに該当する必要があります。該当しない場合は申込みができません。
- ※6 知的障がい・精神障がいの方で療育手帳や精神障がい者保健福祉手帳をお持ちの方は等級を記入してください。
- ※7 「現在の居所」: 該当するもの、いずれか1つに“ ✓ ”を記入してください。
施設や病院に入所(院)されている方は、施設や病院の名称、所在地、電話番号、入所又は入院の時期を記入してください。
認知症高齢者グループホームに入居されている方や、有料老人ホーム、軽費老人ホーム等で特定施設入所者生活介護を受けている方もこの欄に記載してください。
- ※8 「入所申込理由」: 該当するものすべてに“ ✓ ”を記入してください。(複数でも可能です)
- ※9 「本人の入所意向」: 該当するもの、いずれか1つに“ ✓ ”を記入してください。

- ※10 「在宅介護継続期間」：在宅サービスの利用の有無にかかわらず、在宅で介護された期間を記入してください。
現在、他の介護保険施設や病院に入院中の方は空欄で結構です。
- ※11 「在宅サービスの利用の有無」：該当するもの、いずれか1つに“ ✓ ”を記入してください。
現在、他の介護保険施設や病院に入院中の方は空欄で結構です。
“ 有 ”に記入された場合は、「申込日前月に利用中のサービス」の欄に記入してください。
- ※12 「申込日前月に利用中のサービス」：該当するサービスすべてについて、前月1か月間に利用した回数を記入してください。
「福祉用具貸与」については、品目数を記入してください。
「短期入所生活介護」「短期入所療養介護」については、利用日数の合計を記入してください。
- ※13 「入所希望時期」：参考までに該当するもの、いずれか1つに“ ✓ ”を記入してください。
“ 1年以上 ”の場合には、何年以内か数字を記入してください。
- ※14 「居宅介護支援事業所名」：直近3か月で利用した居宅介護支援事業所の名称、電話番号、担当ケアマネジャーの氏名を記入してください。
また、居宅介護支援事業所を利用されておられず、担当のケアマネジャーや、その役割を果たされる方(入院されておられる場合、入院先の医療ソーシャルワーカーの方等)がいらっしゃらない場合は空欄で結構です。
- ※15 「医療の状況」：該当するものに“ ✓ ”を記入してください。(複数でも可能です)
“ その他 ”に記入した場合は、その内容を()に可能な限り具体的に記載してください。
“ 現在治療中の病名 ”は主な傷病を記載してください。
- ※16 「他施設への申込状況」：該当するもの、いずれか1つに“ ✓ ”を記入してください。
“ 他の施設にも申し込んでいる ”の場合は、既に申し込んでいる施設また、今後申し込む予定の施設名を記入してください。
“ 特養待機期間(他施設も含む) ”については、最初に申し込んだ時点からの期間を記入してください。
申し込んでおられる病院が介護保険の指定介護療養型施設として指定されているかどうか分からない場合は、『病院』として記入してください。
- ※17 「家族構成」：主たる介護者の家族構成を記入してください。
- ※18 「主たる介護者」：主に介護を行っている方について、記入してください。
他の介護保険施設や病院等に3か月以上入所・入院中など、主たる介護者が特定できない場合は、介護者の欄は空欄で結構です。ただし、3か月以内の入所・入院中の場合で、自宅で主たる介護者が特定できる場合は介護者を記入してください。なお、養護老人ホームや軽費老人ホームにご入所・ご入居されている方は、空欄で結構です。
- ※19 「本人との関係」：主たる介護者が申込者と異なる場合は、主たる介護者からみた関係を記載してください。
同居、別居のいずれか1つに“ ✓ ”を記入してください。
- ※20 「意見等」：在宅生活を継続することが、困難な事情等を具体的に記載してください。
- ※21 「同居以外の親族や援助者等の有無」：該当するもの、いずれか1つに“ ✓ ”を記入してください。
- ※22 「入所申込みに係る同意書」：本制度の運営につきましては、特別養護老人ホームへの入所の必要性が高い方々の優先的な入所を円滑に進めることを目的として、皆様の申し込み内容に基づき行政機関が必要に応じて連携して適切な対応をすることとしております。
本制度にご理解をいただき、同意書に記載している事柄について、保険者(市町村等)や関係機関・関係団体及び施設に報告することについてご同意をいただきますようよろしくお願いいたします。なお、この申込書に記載されている情報につきましては、個人情報の取扱に関する法令、大阪府や各市町村が定めた条例等に基づき、申込者個人のプライバシーに関する情報として厳正に管理されますことを申し添えます。

入所申込みに係る同意書

指定介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）等入所の申込みにあたり、その手続きについて説明を受け、下記の事項について同意します。

記

- 入所申込みを受けた施設が介護保険の保険者[市町村等]（以下「介護保険者」という）に対し、本申込書の内容及び、施設入所選考に必要な情報を提供すること
- 介護保険者が介護保険サービスの提供に際して、必要な情報を関係する機関又は介護サービス事業者を提供すること

【要介護1又は2で特例入所の要件に該当する人のみ】

- 介護保険者が施設入所選考に際して、保有する情報や、関係する機関又は介護サービス事業者から取得した情報を、施設に対し提供すること

申込み日を記入

年 月 日

入所申込者（本人） 氏名： 大阪 ○子

家族等代理の方 氏名： 大阪 ○郎

主たる介護者の方 氏名： 大阪 ○江

指定介護老人福祉施設 [特別養護老人ホーム] 入所選考調査票

入所申込者(本人)氏名	大阪 ○子	被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
受付番号		保険者(番号)	○	○	市	2	7	0	1	2	3	

事業所名	居宅支援事業所○○○	連絡先電話番号	06 (××××) ××××
担当ケアマネジャー氏名	谷町 ○○	職種	ケアマネジャー

基本的評価基準

ケ ア マ ネ ー ジ ャ ー の 見 込 み 欄	要介護度	介護者の有無	在宅サービスの利用率	地域性	合計
	③・4・5 1・2 (特例入所対象)	・単身 ・高齢者のみ世帯で介護者が要 支援以上の世帯 ・その他の世帯	85 % □未利用 □入院・入所中	同一市町村・ 圏域内、隣接市	70点
点数	30点	35点	5点		

【本人の心身の状況】	□常時の介護や見守りが必要である	□十分なケア(ナイトケア等)が受けられない
	<input checked="" type="checkbox"/> 認知症を原因とする昼夜逆転・徘徊等の問題行動があり、 介護者の日常生活に支障がある	□病院等の入所者で帰る家がない
□寝たきりにより食事・排泄・入浴等日常生活全般を通じ、介 助が必要である	□介護保険の利用限度額を超えて在宅サービスを自費負担して いるなど経済的理由	
□多少の一部介助や見守りを必要とする	□その他 ()	
□ほとんど自立による日常生活が可能である	【住環境】	
□その他 ()	□居住環境の事情により十分な介護が困難(住居が狭い等)	
【介護者の状況】	□在宅サービスの利用に必要な住環境に支障がある	
□介護者が全くいない	□施設や病院から退所を求められている	
□介護者がいるが他に介護や育児が必要な者がいる	□その他 ()	
<input checked="" type="checkbox"/> 介護者はいるが十分な介護が困難(高齢・障がい・疾病・ 就労 ・その他:)	【参考項目】	
□介護者が遠隔地にいる	・家族の負担感	
□介護者が近隣にいる	<input checked="" type="checkbox"/> 介護疲れがひどい	
□同居の介護者がいる(3 人)	□殆どかかわっていない	
□その他 ()	□在宅サービスを利用しているが介護疲れがある	
【在宅生活継続の可能性】	□在宅サービスの利用にて順調	
□極めて困難	□在宅サービスの利用ないが順調	
<input checked="" type="checkbox"/> 在宅サービスを利用しても在宅生活に支障がある	・意思疎通	
□検討の余地あり	□慣れた人でも意思疎通は困難	
□在宅サービスの利用により在宅生活の継続が期待できる	<input checked="" type="checkbox"/> 家族など慣れた人なら問題はない	
□その他 ()	□特に問題はない	
【在宅生活に支障のある状況】	・入所について	
□近くに在宅サービス事業者がなくその利用が困難	□強く拒否している □拒否傾向	
	<input checked="" type="checkbox"/> 意思確認が困難	
	□希望はしていないが同意している	
	□同意している □強く望んでいる	

【特記事項】

施設記入欄	年 月 日 (記入日)	医療の必要性	
		同居以外の親族 や援護者の有無	
		在宅介護の可能性 ・介護者の事情	
		家族の 介護負担感	
		住環境の状況	
		その他	

入所申込書受付日		年 月 日	受付番号		入所日	年 月 日
保険者への報告		要 ・ 不要 年 月 日	保険者から の情報提供	有 無	年 月 日	
施設記入欄	年 月 日 (記入日)	要介護度	介護者の有無	在宅サービスの利用率	地域性	合計
		1・2・ 3・4・5	・単身 ・高齢者のみ世帯で介護者が要支援 以上の世帯 ・その他の世帯	% <input type="checkbox"/> 未利用 <input type="checkbox"/> 入院・入所中	同一市町村 圏域内、隣接市	
			点	点	点	点
	【評価すべき個別的事項等】					
	年 月 日 (記入日)	要介護度	介護者の有無	在宅サービスの利用率	地域性	合計
		1・2・ 3・4・5	・単身 ・高齢者のみ世帯で介護者が要支援 以上の世帯 ・その他の世帯	% <input type="checkbox"/> 未利用 <input type="checkbox"/> 入院・入所中	同一市町村 圏域内、隣接市	
		点	点	点	点	
【評価すべき個別的事項等】						

- ※1 「入所申込者(本人)氏名」: 指定介護老人福祉施設【特別養護老人ホーム】入所申込兼台帳の本人の状況に記入されている氏名を記入してください。
「被保険者証番号」「保険者」: 介護保険被保険者証等の内容を記入してください。
- ※2 「担当ケアマネジャー」: 居宅介護支援事業所等のケアマネジャーの氏名を記入してください。
介護保険施設や病院等に入所・入院中の場合は、介護老人保健施設等のケアマネジャーのほか相談員、医療ソーシャルワーカー等、本人の状況をよくご存知の方が記入してください。
「職種」: ケアマネジャー、相談員、看護師長、医療ソーシャルワーカー、精神医学ソーシャルワーカー等
- ※3 「要介護度」: 原則として介護保険被保険者証、要介護認定調査票に基づき記入してください。認知症による日常生活の困難については、【特記事項】の欄に具体的に記入してください。
「介護者の有無」: 同居の介護者の有無により、単身か、高齢者のみ世帯で介護者が要支援以上の世帯、その他の世帯を記入してください。この場合において、老々介護などの理由で実質的に介護ができていない事例については、「介護者の状況」や【特記事項】の欄にその内容を記入してください。
「在宅サービスの利用率」: 直近3か月の平均利用率により記入してください。
「点数」: 入所選考指針の基本的評価基準(別添を参照してください。)の点数を記入してください。
他の介護保険施設や病院等に入所(入院)中の方は、『口入所・入院中』の項目に“”を記入してください。
なお、当該施設から退所(退院)を求められ、かつ、在宅復帰が極度に困難な方については、入所選考指針の基本的評価基準(別添)の点数(25点)を適用してください。ただし、入所・入院直前の在宅サービスの利用率が60%以上の場合には、その率に該当するものを記入してください。
「地域性」: 『同一市町村』『圏域内、隣接市』のいずれかに該当する場合は、記入してください。点数欄には、入所選考指針(別表)基本的評価基準の点数を記入してください。

圏 域 名	市 町 村
大 阪 市 老 人 保 健 福 祉 圏	大阪市
豊 能 老 人 保 健 福 祉 圏	豊中市、池田市、吹田市、箕面市、豊能町、能勢町
三 島 老 人 保 健 福 祉 圏	高槻市、茨木市、摂津市、島本町
北 河 内 老 人 保 健 福 祉 圏	守口市、枚方市、寝屋川市、大東市、門真市、四條畷市、交野市
中 河 内 老 人 保 健 福 祉 圏	八尾市、柏原市、東大阪市
南 河 内 老 人 保 健 福 祉 圏	富田林市、河内長野市、松原市、羽曳野市、藤井寺市、大阪狭山市、太子町、河南町、美原町、千早赤阪村
堺 市 老 人 保 健 福 祉 圏	堺市
泉 州 老 人 保 健 福 祉 圏	岸和田市、泉大津市、貝塚市、泉佐野市、和泉市、高石市、泉南市、阪南市、忠岡町、熊取町、田尻町、岬町

- ※4 「意見欄」: 該当するものを、いずれか1つに“”を記入してください。
該当する選択肢がない場合はその他に“”を記入し、()内にその具体的内容を記入してください。
原則として要介護認定調査票の内容を記入してください。要介護認定調査票が添付されていない場合は、申込者の状態に基づき、ケアマネジャーが可能な範囲で記入してください。
【参考項目】: 各項目に該当するものいずれか1つに“”を記入してください。
【特記事項】: 入所選考指針の基本的評価基準(別添を参照してください。)では反映されない事項で、特に配慮しなければならない個別の事情等について、具体的に記入してください。

- ※5 上段の「施設記入欄」：申込書を受付けた特別養護老人ホームのケアマネジャーや生活相談員が入所選考にあたり、特別に配慮しなければならない個別の事情と判断されることを記入してください。
- ※6 「保険者への報告」：要介護1又は2で特例入所の要件に該当する場合は保険者への報告が必要です。また申込書及び意見書の内容から、行政機関との連携により適切な対応が必要な場合は、必要に応じて施設の判断で行ってください。
- ※7 「保険者からの情報提供」：特例入所に該当するか否か、または入所の必要性の高さを判断するにあたり、保険者から意見の表明があった場合に記入してください。
- ※8 下段の「施設記入欄」：要介護度等本人の状況の変化があった場合に記入してください。