

(様式1)

標準入所申込書

申込日	令和 年 月 日	受付日	令和 年 月 日
受付番号		受付時刻	午前・午後 時 分
受付者名			

はなさか施設長 殿

申込者（連絡先）

住 所	〒		
(フリガナ)		電 話 番 号	
氏 名		FAX・Eメール	

特別養護老人ホームはなさかに入所したいので、次のとおり申し込みます。

入所希望者の情報	(フリガナ)			性 別	男 ・ 女	年 齢	歳
	氏 名			生年月日	明治・大正・昭和	年 月 日	
	住 所	〒		住民登録	市・区・町・村		
				電話番号			
	介護保険	被保険者番号					
	要介護認定	☐ 要介護1 ☐ 要介護2 ☐ 要介護3 ☐ 要介護4 ☐ 要介護5					
		(認定期間)		年 月 日		～ 年 月 日	
		※更新申請中の場合（申請日： 年 月 日）					
	認知症高齢者の日常生活自立度	☐ 不明 ☐ I ☐ IIa ☐ IIb ☐ IIIa ☐ IIIb ☐ IV ☐ M					
	健康保険	種 別			記号・番号		
年金等	種 別						
障害手帳等	☐ 有 ☐ 無 手帳の種類 (障害名)						
	(判定 級(度) 年 月 日)						
現在の状況及び介護サービスの利用状況	1 施設等 ☐ 特養(☐ 従来型 ☐ ユニット型) ☐ 老健 ☐ 介護療養型 ☐ 養護 ☐ 軽費 ☐ ケアハウス ☐ 認知症高齢者グループホーム ☐ 有料老人ホーム (サービス付き高齢者向け住宅含む) ☐ 救護・更生施設(保護施設) ☐ 障害者入所施設 ☐ その他()						
	● 入所・入居中の施設 ・施設名【 】 ・所在地【 市・区・町・村】 ・入所・入居期間【 年 月 日 ～ 】						
	2 病院 (入院が必要となった理由：) ● 入院中の病院 ・病院名【 】 ・所在地【 市・区・町・村】 ・入院期間【 年 月 日 ～ 】						

3 在宅等 ※【 】は事業者名を記入

- ☐ 訪問介護（週 回）【 】
- ☐ 訪問入浴介護（週 回）【 】
- ☐ 訪問看護（週 回）【 】
- ☐ 訪問リハビリテーション（週 回）【 】
- ☐ 通所介護（週 回）【 】
- ☐ 通所リハビリテーション（週 回）【 】
- ☐ 短期入所生活介護（最近3ヶ月の利用日数合計 日）【 】
- ☐ 短期入所療養介護（最近3ヶ月の利用日数合計 日）【 】
- ☐ 夜間対応型訪問介護【 】
- ☐ 認知症対応型通所介護【 】
- ☐ 小規模多機能型居宅介護【 】
- ☐ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護【 】
- ☐ 看護小規模多機能型居宅介護【 】
- ☐ その他（ ）

食事	状態	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ 経口摂取不可	
	食事形態	主食 ☐ 常食 ☐ 半粥食 ☐ 全粥食 ☐ ミキサー ☐ その他() 副食 ☐ 常食 ☐ 刻み ☐ みじん ☐ ミキサー ☐ その他()	
	嚥下	☐ むせない ☐ 時々むせる ☐ 毎回むせる ☐ トロミ剤の使用(☐ 有 ☐ 無)	
排泄	状態	☐ 自立 ☐ 誘導・一部介助 ☐ 全介助	
	尿意	尿意 ☐ ある ☐ 時々ある ☐ ない	
	便意	便意 ☐ ある ☐ 時々ある ☐ ない	
	下着	☐ 綿パンツ ☐ オムツ(☐ 昼 ☐ 夜) ☐ リハビリパンツ(☐ 昼 ☐ 夜) ☐ パッド(☐ 昼 ☐ 夜)	
	場所	☐ トイレ ☐ ポータブルトイレ ☐ 尿器 ☐ その他()	
入浴	状態	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助	
	方法	☐ 家庭の浴槽 ☐ 訪問入浴介護サービス ☐ 施設一般浴 ☐ 施設機械浴	
	更衣	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助	
	拒否	☐ なし ☐ 時々ある ☐ 強くある	
動作等	移動方法	☐ 自立歩行 ☐ 杖歩行 ☐ 歩行器(☐ 安定 ☐ 不安定) ☐ 車椅子(自操 ☐ 可 ☐ 不可) ☐ 寝たきり	
	立位	☐ 安定 ☐ 支えがあれば可 ☐ 不安定 ☐ 不可	
	座位	☐ 安定 ☐ 支えがあれば可 ☐ 不安定 ☐ 不可	
	寝返り	☐ 可 ☐ つかまれば可 ☐ 不可	
	外出	☐ まれである ☐ しない ☐ 寝たきり	
身体状況	視力	☐ 見える ☐ 見えにくい(☐ 眼鏡使用) ☐ 見えない(☐ 左 ☐ 右)	
	聴力	☐ 聞こえる ☐ 聞こえにくい(☐ 補聴器使用) ☐ 聞こえない(☐ 左 ☐ 右)	
	言語	☐ 話せる ☐ 聞き取りにくい ☐ 話せない	
	意思	☐ 疎通できる ☐ ある程度できる ☐ 疎通できない	
	麻痺の有無	☐ 無 ☐ 有(☐ 左上肢 ☐ 右上肢 ☐ 左下肢 ☐ 右下肢 ☐ その他)	
睡眠		☐ 普通 ☐ 眠れないことが多い ☐ 不眠 ☐ 睡眠薬の使用(☐ 有 ☐ 無)	
嗜好品等		飲酒	☐ 飲まない ☐ 飲む(量)

		タバコ		□ 吸わない □ 吸う(本/日)	
※ ご本人の心身状況を把握している方が正確にお書きください。ご不明な点は担当ケアマネジャー等にご相談ください。					
入所希望者の情報	認知症の状況	1 □ 無			
		2 □ 有 □ 常時徘徊 □ 不潔行為 □ 異食(食物以外のものを口にいれる) □ 介護抵抗 □ 自傷(自分を傷つける行為) □ 他傷(他人を傷つける行為) □ 収集癖 □ 声出し □ 暴言 □ 不快な音を立てる □ 昼夜逆転 □ 不眠 □ 被害妄想 □ 自殺願望 □ その他()			
		※ 上記内容を具体的に記入して下さい			
医療情報	※ 申込者の分かる範囲で記入して下さい。医師・看護師等に記入を求めるものではありません				
	医療的処置	1 □ 無			
		2 □ 有 □ 経管栄養 □ 胃ろう □ 酸素療法 □ インシュリン注射 □ 常時吸引 □ 気管切開 □ 褥瘡の処置 □ カテーテル留置 □ ストマ(人工肛門) □ 膀胱ろう □ 皮膚疾患 □ その他()			
	【既往歴】 入院の有無 年月	結核の既往(□ 有 □ 無) ※ 入院していた場合はその時期もご記入下さい。(入院H●年●月～H▲年▲月)			
	【現病歴】 入院の有無 発病年月	 ※ 入院している場合は入院時期もご記入下さい(入院H●年●月～)			
	内服薬				
特記事項					
生活支援サービス等の情報 ※ 生活支援サービス等とは、介護保険	1 □ 無				
	2 □ 有 □ 見守り(週 回) □ 配食(週 回) □ サロン(週 回) □ 身体介護(週 回) □ ミニデイ(週 回) □ 掃除(週 回)				

介護者や住居等の状況	制度の訪問介護、通所介護等以外のサービスで、市民、NPO、市からの委託等によるサービスのことです。	☐ 洗濯(週 回) ☐ ゴミ出し(週 回) ☐ 機能訓練(リハビリ)(週 回) ☐ 口腔ケア(週 回) ☐ 栄養改善・維持(週 回) ☐ その他(週 回)()					
	入所希望者の意向 (入所希望者が申し込んでいる場合を除く)	☐ 入所希望者が特別養護老人ホームへの入所を希望している ☐ 入所希望者は在宅での生活を希望している ☐ 入所希望者の意向は確認していない又は確認できない ☐ その他()					
	入所を希望する理由 ※複数選択可	☐ 身寄りがない若しくは家族等がいても疎遠であるなど、介護する者がいない ☐ 介護する者が、距離が離れている・入院しているなどの状況にあり、介護ができない ☐ 介護する者が、要介護状態・病気療養中・障害を有するなどの状況にあり、十分な介護が困難 ☐ 介護する者が、要支援状態・高齢等の状況にあり、十分な介護が困難 ☐ 介護する者が、複数の介護や育児を行っている状況にあり、十分な介護が困難 ☐ 介護する者が、就労している状況にあり、十分な介護が困難 ☐ 車椅子を使用しているが、住居の廊下等の構造が適していないため、介護が困難 ☐ 住居の便所、浴室、階段等の形態や構造が適していないため、十分な介護が困難 ☐ 介護老人保健施設、介護療養型医療施設、病院等から退所(退院)を求められているが、在宅での生活が困難 ☐ 当該施設を退所して長期入院した後、退院することになったが、在宅での生活が困難 ☐ その他(具体的に記載して下さい)					
主な介護者	(フリガナ)		性 別	男 ・ 女	年 齢	歳	
	氏 名		生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日			
	同居の区分	☐ 同居 ☐ 別居					

説 明 確 認 欄	私は、入所申込みに際し、入所申込みから入所契約までの手続き及び入所順位の決定方法について、施設から説明を受けました。 (入所希望者本人との続柄) _____ 年 月 日 氏 名 ()
同 意 書	当施設が保管する入所申込みに関する情報については、神奈川県又は相模原市若しくは相模原市以外の保険者から状況把握のために提示を求められた場合、これを提示することに同意します。 入所要件の判定や入所の必要性の高さを判断するために必要がある場合には、入所申込みに関する情報を施設が相模原市又は相模原市以外の保険者に提示して意見を求め、報告を行うことについて同意します。 本入所申込書の有効期限は受付日から5年間（ただし、この間に様式6（介護状況変更連絡書）を提出した場合には、その受付日から、さらに5年間有効期限が延長となります。）となりますが、申込みから2年を経過した後、施設からの連絡に対して応答がなく施設が入所希望者の状況を把握することができない場合には、申込みを無効とすることについて同意します。 入所希望者氏名 _____ (印) ※ 申込者が本人以外の場合 申 込 者 氏 名 _____ (印) 氏名欄は、自署 の場合は押印不 要です。

【施設使用欄】

特例入所の可能性	☐ 非該当
	☐ 該当 ☐ 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こと ☐ 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等が頻繁に見られること ☐ 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こと ☐ 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こと
備考	本標準入所申込書に記載した事項あるいは記載項目にない事項等で、特に優先的な入所又は特例入所を考慮する必要がある場合などは、その状況について記入すること。

記入日

令和 年 月 日

入所希望者氏名

生年月日

明・大・昭 年 月 日生（ 歳）

医療機関を受診していますか？

☐ はい ☐ いいえ

(はいと答えた方) どの科ですか？(該当する科全てに✓をつけてください)

☐ 内科(循環器科、糖尿病科、呼吸器科、消化器科などを含む)☐ 精神科☐ 外科☐ 整形外科☐ 脳神経外科☐ 皮膚科☐ 泌尿器科☐ 婦人科☐ 眼科☐ 耳鼻咽喉科☐ リハビリテーション科☐ 歯科☐ その他 _____

1. 病気や障害についてお尋ねします

(1) 心身が不自由になったのはいつ頃からですか？ 病名と発症時期を記入して下さい。

1. _____ 昭和・平成 年 月 頃から

2. _____ 昭和・平成 年 月 頃から

3. _____ 昭和・平成 年 月 頃から

(2) この6ヶ月間で入院したり、病状に変化はありましたか？

☐ 病状は安定 ☐ 病状は不安定 ☐ 不明

(不安定と答えた方) いつ頃から、どんな具合ですか？

平成 年 月 頃から どの具合： _____

2. ここ14日間以内に以下の医療を受けていますか？(当てはまるものに✓をつけて下さい)

☐ 点滴の管理☐ 中心静脈栄養☐ 透析☐ ストーマ(人工肛門)の処置☐ 酸素療法☐ 人工呼吸器☐ 気管切開の処置☐ 疼痛の看護☐ 経管栄養☐ モニター測定☐ 床ずれの処置☐ カテーテル(膀胱などへの)

3. 心身の現在の状態についてお尋ねします

(1a) 日常生活の程度は次のどれに当たりますか？（当てはまるものに✓をつけて下さい）

- ☐ 0 特に問題はない。
- ☐ J1 交通機関（バス、電車）を利用して、かなり遠くまで外出できる。
※公共交通機関を利用して、積極的にかなり遠くまで外出する場合が該当。
- ☐ J2 隣近所なら、一人で買物や老人会の参加などで外出する。
※隣近所への買物や老人会等への参加など、町内の距離程度の範囲で外出する場合が該当。
- ☐ A1 日中はベッドからはなれて生活しており、誰かの介助があれば外出できる。
※寝たり起きたりしているものの、食事、排泄、着替えはもとより、その他の日中時間もベッドから離れている時間が長い。介護者がいれば、その介助を受けて、比較的多く外出する場合が該当。
- ☐ A2 あまり外出しないで、日中は寝たり起きたりの生活をしている。
※日中時間帯、寝たり起きたりの状態にあるものの、ベッドから離れている時間の方が長い。介護者がいても、まれにしか外出しない場合が該当。
- ☐ B ベッドに腰掛けたり座ることができるが、屋内での日常生活には介助が必要。
車椅子などに一人で（☐ 1 移動できる・☐ 2 移動できない）。
1 ※介助なしに車椅子に移乗し、食事・排泄もベッドから離れて行う場合が該当。
2 ※介助のもと車椅子に移乗。食事、排泄も介護者の援助を必要。
- ☐ C 一日中ベッドで過ごし、排泄、食事、着替えにおいて介助を要する。
自力で寝返りをうつことが（☐ 1 できる・☐ 2 できない）。
1 ※ベッドの上で常時臥床しているが、自力で寝返りをうち、体位を変えることができる。
2 ※自力で寝返りをうつこともなく、ベッド上で常時臥床している場合が相当。

(1b) 認知症についてお尋ねします。（当てはまるものに✓をつけて下さい）

- ☐ 0 認知症はない。
- ☐ I 物忘れなど軽い認知症はあるが、日常生活にはほぼ自立している。
- ☐ IIa 道に迷う、買物や金銭の管理ができない、などの症状があるが、誰かが注意していれば自立できる。
- ☐ IIb 薬の管理ができない、電話や訪問者との対応ができないなど、一人で留守番ができない。
- ☐ III 着替え、食事、排便、排尿などが上手にできない、徘徊などの症状により、日常生活に困難を来し、介護を必要とする。
（☐ a 日中・☐ b 夜間）を中心として症状が出ている。
- ☐ IV 上記の多彩な症状により、常に目を離すことができない。常時介護が必要とする。
- ☐ M せん妄、妄想、興奮など著しい精神症状や問題行動があり、専門医の治療を必要とする。

(2) 認知症の中核症状（理解及び記憶）についてお尋ねします。

●物忘れがありますか？（同じ事を繰り返して言う等）

☐ はい ☐ いいえ

●日常の意志決定を行うための認知能力（自分で判断できるか）はどの程度ですか？

☐ 自立（毎日する事を自分で判断して、計画できる）

☐ いくらか困難（新しい課題や状況に直面した時のみ判断に多少の困難がある）

☐ 見守りが必要（毎日の日程を一人でこなすのが困難）

☐ 判断できない

●自分の意志や考えが他の人に伝えられますか？

☐ 伝えられる

☐ いくらか困難（考えをまとめたり、適当な言葉を選ぶのに時間がかかる）

☐ 具体的要求に限られる（飲食、睡眠、トイレなどの意志を伝える程度）

☐ 伝えられない（ジェスチャーやサインなどで、家族のみが解る程度）

(3) 認知症の周辺症状（問題行動の有無）についてお尋ねします。

次のような症状がありますか？（該当するものに✓をつけて下さい）

☐ 幻視・幻聴（人や物がいないのに見えたり、聴こえたりする）

☐ 妄想（お金を盗られたと言ったりする） ☐ 昼夜逆転 ☐ 暴言 ☐ 暴行

☐ 介護への抵抗（介護者の助言や介護に抵抗し、介護に支障がある状態。単に助言に従わない場合は含まない）

☐ 徘徊 ☐ 火の不始末（タバコやガスコンロが管理できない）

☐ 不潔行為（排泄物をもてあそんだり、まき散らす場合などをいう）

☐ 暴食行動（食べ物でないものを口に入れたりする） ☐ 性的問題行動

☐ その他 _____

(4) 精神・神経症状についてお尋ねします。（当てはまるものに✓をつけて下さい）

☐ 精神科、神経内科など受診したことがある

☐ 言葉が出なかったり、物の名前を言えなかったりすることがある（失語症）

☐ ロレツが回らなくて聴き取りにくい（構音障害）

☐ おかしなことを口走ったり、物をつまむ様な行動をすることがある（せん妄状態）

☐ 一日中ウトウトしている（傾眠傾向）

☐ 自分の家やトイレの場所、季節などが分からなくなることがある（失見当識）

☐ 下着など一人で順番を間違えないで着替えることができない（着衣失行）

(5) 身体の状態についてお尋ねします。

- 利き腕 ☐ 右 ☐ 左
- 身長 _____ cm ● 体重 _____ kg
- 過去 6 ヶ月間の体重の変化 ☐ 増加 ☐ 維持 ☐ 減少
- 四肢欠損はありますか？ ☐ ない ☐ ある（部位：_____）
- 左か右、どちらかに麻痺がありますか？
☐ ない ☐ 右上肢（程度：☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重） ☐ 右下肢（程度：☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重）
☐ 左上肢（程度：☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重） ☐ 左下肢（程度：☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重）
☐ その他（部位：_____ 程度：☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重）
- 筋力の低下はありますか？
☐ ない ☐ ある（部位：_____ 程度：☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重）
- 動きの悪くなっている関節はありますか？
☐ ない ☐ ある（部位：_____ 程度：☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重）
- 関節の痛みがありますか？
☐ ない ☐ ある（部位：_____ 程度：☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重）
- 不安定な動きや、手足のふるえがありますか？
☐ ない ☐ ある（☐ 右上肢 ☐ 左上肢 ☐ 右下肢 ☐ 左下肢 ☐ 右体幹 ☐ 左体幹）
- 床ずれはありますか？
☐ ない ☐ ある（部位：_____ 程度：☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重）
- 皮膚疾患はありますか？
☐ ない ☐ ある（部位：_____ 程度：☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重）

4. 生活機能とサービスに関する意見

(1) 移動についてお尋ねします。

- | | | |
|-----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| ● 屋外歩行 | ● 車いすの使用 | ● 歩行補助具・装具の使用 |
| ☐ 自立 | ☐ 使用していない | ☐ 使用していない |
| ☐ 介助があれば可能 | ☐ 主に自分で操作 | ☐ 屋外で使用 |
| ☐ していない | ☐ 主に他人が操作 | ☐ 屋内で使用 |

(2) 栄養面・食生活についてお尋ねします。

- 食事行為 ☐ 自分で食べられる ☐ 全面的に介助している
- 現在の栄養状態 ☐ 良好 ☐ 不良

(3) 最近（ここ半年程度の間に）次のようなことがありましたか？

（該当するものすべてに✓をつけてください）

- ☐尿失禁 ☐転倒・骨折 ☐移動能力の低下 ☐床ずれ
☐心肺機能の低下（むくみ・息切れ・動機・立ちくらみ） ☐閉じこもり
☐意欲低下 ☐徘徊 ☐栄養不良 ☐食べ物がうまく飲み込めない
☐脱水 ☐風邪や膀胱炎などの感染症 ☐がん等による痛み
☐その他 _____

(4) 介護サービス等の利用による生活機能の維持・改善の見通し

医師が記入するため、記入不要です→

☒期待できる ☒期待できない ☒不明

(5) 現在次のような医学的管理を受けていますか？（当てはまるものに✓をつけて下さい）

- ☐訪問診療 ☐訪問看護 ☐訪問歯科診療 ☐訪問薬剤管理指導
☐訪問リハビリテーション ☐短期入所療養介護 ☐訪問歯科衛生指導
☐訪問栄養食事指導 ☐通所リハビリテーション
☐その他の医療系サービス _____

(6) 介護上問題がありますか？

- | | | |
|---------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| ● 血圧の変動 | ☐ 特になし | ☐ あり |
| ● 細かく刻むなどしないと食べられない | ☐ 特になし | ☐ あり |
| ● うまく飲み込めない | ☐ 特になし | ☐ あり |
| ● 移動するのに介助が必要 | ☐ 特になし | ☐ あり |
| ● 運動するのに介助が必要 | ☐ 特になし | ☐ あり |
| ● その他 _____ | | |

(7) 感染症はありますか？（ありの場合は具体的に記入してください）

☐なし ☐あり _____

困っていることやご要望がありましたら、記入してください。



～ご協力ありがとうございました～

生活歴調査票

氏名	様	記入日	年 月 日	記入者	
----	---	-----	-------	-----	--

出生	都府	道県	市区町村	兄弟	兄弟	実子	男	女	人
					番目	子	女	人	
学校	小学校／中学校／高校／短大／大学／大学院/								卒業
	小学校／中学校／高校／短大／大学／大学院/								卒業
職歴	会社名		職種		勤務地		年齢		歳～
	会社名		職種		勤務地		年齢		歳～
	会社名		職種		勤務地		年齢		歳～

以下に婚姻・出産・引越し・出来事などを記載お願いします		
年(和暦or西暦)	年齢	エピソード

ご家族様からみた本人の性格等

好きなこと	
好きな食べ物	好きな飲み物
若い頃の趣味	最近の趣味
よくお話をされることや他に好んでいること等	

嫌いなこと	
嫌いな食べ物	嫌いな飲み物
対人関係に対して苦手なところがありますか	
ご本人の気にされることや嫌がること等	

栄養面
1 回の食事量：(多い・普通・少ない) 1 日の食事回数タイミング：(朝・昼・夕・間食)
1 日の水分摂取量：(多い・普通・少ない) 大体 ml 、 コップ 杯くらい
アレルギー：(なし ・ 有 (品名 いつから))
医師から食事内容について指示を受けている場合はご記入ください
食事・栄養面についてのご家族や本人の意向

医療面について

疾患がいつ頃から発症しどのようなフォローを受けていたか等をわかる範囲で記入をお願いします。

[illegible]

病気についてご家族様が一番気になっている疾患と理由

[illegible]