

申込者(連絡先) 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。

申込日	令和	年	月	日
受付日	令和	年	月	日

〒	:
住所	:
氏名	:
電話	:

特別養護老人ホームに入所したいので、次のとおり申し込みます。

申し込み先 (入所希望施設)		保 険 者	
(フリガナ)	性別	被保険者番号	
氏 名	男・女	要 介 護 度 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5	
生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日 () 歳	要介護 認定期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで
現 住 所	〒 —		
現 況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人で暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 特養などの施設や病院に入っている 「施設や病院等に入っている方」は記入して下さい。 ◇施設名又は病院名: _____ ◇所在地(市区名のみ) _____ ◇入所又は入院時期: 令和 年 月から入所・入院している		
入所希望者の状況	1. 入所申込ができるのは原則として要介護度3以上の方です。 (要介護度1・2の方については、入所を必要とするやむを得ない理由が必要となることから、次の2欄も回答してください。) <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」、「障害」、「疾病」等により十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 介護者が就労していることから、十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 介護者の身体的・精神的負担が大きき十分な介護が困難なため。 <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"/> その他()		
	2. 要介護度1・2の方については、以下該当するものを回答してください。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <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・安心の確保が困難である。 <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。		
	入所希望時期 <input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 令和 年 月頃までに入所したい		
医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> その他() 【現在治療中の病気・特記事項等】		
申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込む。 <input type="checkbox"/> 他の施設も申し込んでいる、又は今後他の施設も申し込む予定。 ◇既に申し込んでいる他の施設名 () () () ◇今後申し込む予定の他の施設名 () () ()		
主たる介護者	(フリガナ)	性別	本人との関係
	氏 名	男・女	生年月日
	同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している(住所: _____)	
意見	【介護をしているうえで困っていること等】		

1 本人の状況

/ / /

要介護度	要 介 護	1	2	3	4	5			
日常生活自立度	Ⅲa以上	Ⅱb	Ⅱa	I	自立				

2 主たる介護者・家族等の状況

世帯の状況	独 居	高 齢 者	世 帯	そ の 他			
介護者の年齢・続柄							
介護者の介護負担	重 い	や や 重 い	軽 い	負 担 な し			
介護者の障害や疾病	無・有()						
介護者の就労	無・有(職種等 日/週、 時間/日)						
他の要介護者	無・有(要支援、 要介護 1, 2, 3, 4, 5,)						
介護者の育児、家族の病気	無・有()						
介護者の介護の関わり方	介 護 拒 否	非 常 に 消 極 的	や や 消 極 的	ふ つ う			
他の同居介護補助者	無・有(続柄 日/週程度)						
別居血縁者介護協力	無・有(続柄 日/週程度)						
近隣者等の介護協力	ほ と ん ど な し	随 時 あ り	常 時 あ り				

3 調査者の意見

介護支援専門員 有 ・ 無 _____ 事業者名 _____

_____ ケアマネ _____

記載者氏名 _____ 印 _____

別表1 入所申込者評価基準

1 本人の状況評価(最高点28点)

評価項目	14点	12点	10点	6点
要介護度	5	4	3	2～1

評価項目	14点	10点	6点	0点
日常生活自立度	Ⅲa以上	Ⅱb	Ⅱa	I・自立

※別表2「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」に基づく。

2 主たる介護者・家族等の状況の評価(最高点72点)

評価項目	8点	6点	4点	0点
①主たる介護者の年齢	70歳以上	60歳以上	60歳未満	—
②介護者の介護負担	重い	やや重い	軽い	なし
③介護者の障害や疾病	介護困難	多少介護	介護可能	なし
④介護者の就労	8時間以上 高齢で就労不能	4～8時間	4時間未満	なし
⑤介護者が育児、家族が病気	常時の育児看病	半日育児看病	臨時育児看病	なし
⑥介護者の介護の関わり方	介護拒否	非常に消極的	やや消極的	ふつう
⑦他の同居介護補助者	ほとんどなし	随時あり	常時あり	—
⑧別居血縁者介護協力	ほとんどなし	随時あり	常時あり	—
⑨近隣者等の介護協力	ほとんどなし	随時あり	常時あり	—

※ひとり暮らし高齢者は、上記にかかわらず①から⑦までで56点とする。

高齢者世帯は、⑤について8点とする

3 他の要介護者による評価の調整

他の要介護者がいる場合は、当該要介護者における「1 本人の状況の評価」を加算する。

別表2 認知症高齢者の日常生活自立度判定基準

ランク	判定基準	見られる症状・行動の例
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。	
II	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。	
II a	家庭外で上記IIの状態が見られる。	たびたび道に迷うとか、買物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスが目立つ等
II b	家庭内でも上記IIの状態が見られる。	服薬管理ができない、電話の対応や訪問者との対応など一人で留守番ができない等
III	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。	
III a	日中を中心として上記IIIの状態が見られる。	着替え、食事、排便、排尿が上手にできない・時間がかかる。 やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声、奇声を上げる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等
III b	夜間を中心として上記IIIの状態が見られる。	ランクIII aに同じ
IV	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランクIII aに同じ
M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等

出典：「認知症老人高齢者の日常生活自立度判定基準」の活用について」（平成5年10月26日
老健第135号厚生省老人保健福祉局長通知）