

※太ワクの中をすべて記入してください（不明な点は、施設にご相談ください）

※□欄は、該当するものに×を記入してください

◎介護者・家族等の状況

※ 入所申込みに対する家族の同意等は備考欄に記入してください。

家族構成	続柄	氏名	年齢	入所申込者と	住所	電話	備考
				同居・別居			
				同居・別居			
				同居・別居			
				同居・別居			

主たる介護者	フリガナ	年齢	本人との関係	備考
	氏名			
	健康状態	<input type="checkbox"/> 疾病（具体的に） <input type="checkbox"/> 健康		
	介護の状況	<input type="checkbox"/> 介護する者が要介護状態のため、介護困難な状態である <input type="checkbox"/> 仕事や入所申込者以外の人々の看病等があり、介護困難な状態である（具体的に） <input type="checkbox"/> 多少介護は可能であるが、常時の介護は困難な状態である（具体的に） <input type="checkbox"/> 介護可能な状態である		
	介護の場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院又は介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> その他の施設に入所中		
介護歴	年 月頃から介護している（期間：約 年）			
介護協力者	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 随時あり（氏名 続柄） <input type="checkbox"/> 常時あり（氏名 続柄）			
意見	[食事や排せつのこと、その他介護をしている上で困っていることなど]			

◎入所申込者の状況

申込者名

入所申込者の状況	サービス等の利用状況
	<input type="checkbox"/> 他の施設や医療機関に入っている ・施設名又は医療機関名：（市・町・村） ・入所又は入院時期：令和 年 月から入所（入院）している。 ・施設や医療機関から退所（退院）を求められているか。（いる・いない） <input type="checkbox"/> 以前、指定介護老人福祉施設に入所していたが、医療機関に入院するため退所した ・入所していた施設名：（市・町・村） ・退所した時期：令和 年 月 退所 <input type="checkbox"/> 在宅で介護保険の居宅サービス（訪問・通所系サービス及び短期入所）を受けている <input type="checkbox"/> 訪問介護（ <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週4～6日 <input type="checkbox"/> 週3日以下） <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護（ <input type="checkbox"/> 週3回以上 <input type="checkbox"/> 週2回以下） <input type="checkbox"/> 訪問看護（ <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週4～6日 <input type="checkbox"/> 週3日以下） <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション（ <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週4～6日 <input type="checkbox"/> 週3日以下） <input type="checkbox"/> 通所介護（ <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週4～6日 <input type="checkbox"/> 週3日以下） <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション（ <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週4～6日 <input type="checkbox"/> 週3日以下） <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護（最近3か月の利用日数 日） <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護（最近3か月の利用日数 日） <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> その他（ ） ※居宅サービス等が十分に受けられない理由など特にありましたらお書きください。
	<input type="checkbox"/> 他施設又は医療機関に入所・入院中であるが、退所後、行き場がない（理由） <input type="checkbox"/> 段差・手すり・浴室・トイレ・居室の広さなどが介護に適さず、住宅改修も困難である（理由） <input type="checkbox"/> 認知症などによる症状（頻繁にみられるもの）がある <input type="checkbox"/> 認知症などによる症状はない <input type="checkbox"/> 徘徊（室内を含む） <input type="checkbox"/> 暴言や暴力がある <input type="checkbox"/> 不潔行為（排泄物をいじるなど） <input type="checkbox"/> 妄想（物を盗られたなど） <input type="checkbox"/> 介護拒否（入浴、着替えなど） <input type="checkbox"/> 幻覚（現実にはないものが見える） <input type="checkbox"/> 不穏（いらいらしている） <input type="checkbox"/> 抑うつ状態（ふさぎこんでいる） <input type="checkbox"/> 異食（食べ物以外を口にすること） <input type="checkbox"/> 昼夜の逆転がある <input type="checkbox"/> 大声や奇声を出す <input type="checkbox"/> 物を集める、無断で持ってくる <input type="checkbox"/> その他
入所申込者が要介護1・2の場合 居宅で日常生活を営むことが困難なことについてやむを得ない事由は、次のとおりです。 <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。 ※具体的状況	

(様式2)

入所希望者状況変更届

令和 年 月 日

特別養護老人ホーム 施設長 殿

下記のとおり、状況の変更が生じたので、変更届を提出いたします。

記

1 入所希望者

住所	〒	—
氏名		電話番号 — —

2 変更の内容

変更内容	
1 本人の状況 要介護度(1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)	
2 主たる介護者・家族等の状況 <input type="checkbox"/> 介護者の年齢 (歳) <input type="checkbox"/> 介護者の障害や病気 <input type="checkbox"/> 介護者の就労 <input type="checkbox"/> 介護者が育児 <input type="checkbox"/> 介護者が病気 <input type="checkbox"/> 他の介護補助協力者	
3 特記事項 <input type="checkbox"/> 退院・退所を求められているが、家の居場所がないなど受け入れ先がない <input type="checkbox"/> 在宅生活が困難と認められる認知症状等による問題行動がある <input type="checkbox"/> 医療的な措置が必要な場合であって、主治医が施設への入所が適当と認めた <input type="checkbox"/> 家族等との関係等地理的条件を考慮する必要がある <input type="checkbox"/> その他	
4 その他 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 転居	

3 変更届出者

住所	〒	—
氏名	入所希望者との関係	
	電話番号	— —