

入所希望者の状況	現在の居所	<input type="checkbox"/> 自宅で暮らしている <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、経費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者住宅、グループホーム等に入所(入居)している <input type="checkbox"/> 病院、介護療養型医療施設、介護老人保健施設に入院(入所)している (病院・施設に入院(入所)している場合)			
		病院または施設名 (所在地)	_____市・区・町・村		
		入院(入所)期間	_____年 月 日 ~		
家族等の状況	入所を希望する理由 (該当のもの全てを選んでください)	<input type="checkbox"/> 介護する者がいない <input type="checkbox"/> 介護する者が、距離が離れている・入院している等の状況にあり、介護できない <input type="checkbox"/> 介護する者が、要介護状態・病気療養中・障害を有する等の状況にあり、介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護する者が、複数の介護を行っている状況にあり、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 病院、介護療養型医療施設等から退院(退所)を求められているが、自宅での介護が困難 <input type="checkbox"/> 当該施設を退所して入院した後、退院できることになったが、自宅での介護が困難 <input type="checkbox"/> その他 (_____)			
	おもな介護者	(フリガナ) _____	性別	年齢	生年月日
	氏名	_____	男・女	_____	明治・大正・昭和・平成 年 月 日
	同居の区分 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	住所	〒 _____	_____	電話 _____
	入所希望者との関係	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他(_____)			
	意見	(家族が介護できる時間) <input type="checkbox"/> ほとんど終日 <input type="checkbox"/> 半日程度 <input type="checkbox"/> 2~3時間 <input type="checkbox"/> 必要な時に手をかす程度 <input type="checkbox"/> その他 (介護をしているうえで特に困っていること)			
その他	住居の状況	住宅 <input type="checkbox"/> 一戸建て(<input type="checkbox"/> 自家 <input type="checkbox"/> 借家) <input type="checkbox"/> 集合住宅(<input type="checkbox"/> 自家 <input type="checkbox"/> 公営 <input type="checkbox"/> 民間) _____階建の _____階 車椅子の使用 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 エレベーター <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 本人の部屋 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 寝具 <input type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> 布団 トイレ <input type="checkbox"/> 洋式 <input type="checkbox"/> 和式 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ			
	入所を希望する時期	<input type="checkbox"/> 今すぐに入所したい <input type="checkbox"/> _____年 月頃までには入所したい			
	退所後の希望	<input type="checkbox"/> 自宅で暮らしたい <input type="checkbox"/> 他の施設に入所(入居)したい (施設の種類「 _____ 」申請の有無 (有・無))			
担当ケアマネジャー	氏名	_____		連絡先	
	事業所名	_____			
説明確認欄	私は、入所申し込みの際し、入所申し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。 _____年 月 日 氏名 _____ 印 (本人との続柄: _____)				