

入所希望者の状況	主治医	(ふりがな) 氏名	医療機関名		
		医療機関所在地	電話		
入所希望者の日常生活状況	医療の状況	病歴（現病名： ） （既往歴： ） <input type="checkbox"/> 経管栄養（鼻腔・胃ろう・腸ろう・食道ろう） <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> C型肝炎等 <input type="checkbox"/> 疥癬 <input type="checkbox"/> MRSA その他感染症（ ）			
		<input type="checkbox"/> 認知症（ひどい・軽い・なし） <input type="checkbox"/> 特筆すべき行動（ ） <input type="checkbox"/> 同じ話を何度もする <input type="checkbox"/> すぐ前にあったことを忘れる <input type="checkbox"/> 季節や時間の感覚がわからない <input type="checkbox"/> 場所がわからない <input type="checkbox"/> 家族の顔がわからない <input type="checkbox"/> 知人の顔がわからない <input type="checkbox"/> 今までしていた事ができなくなる <input type="checkbox"/> 判断能力が低下している <input type="checkbox"/> 食事の仕方がわからない <input type="checkbox"/> 排泄の仕方がわからない <input type="checkbox"/> 抑うつ状態 <input type="checkbox"/> 些細なことに興奮する <input type="checkbox"/> 怒りっぽい <input type="checkbox"/> 昼夜逆転がある <input type="checkbox"/> 徘徊がある <input type="checkbox"/> 幻覚症状がある <input type="checkbox"/> 妄想的な言動がある <input type="checkbox"/> 会話が成り立たない			
入所の希望理由		<input type="checkbox"/> 視力に問題がある：具体的に <input type="checkbox"/> 聴力に問題がある：具体的に			
		歩行… <input type="checkbox"/> 自分で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 杖を使用 <input type="checkbox"/> 車いすを使用 食事… <input type="checkbox"/> 自分で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 粥食 <input type="checkbox"/> （ ） 入浴… <input type="checkbox"/> 自分で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 オムツ… <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し トイレ… <input type="checkbox"/> 自分で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
特例入所の要件・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・精神的負担が大きく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			
		※要介護1及び2の方は必ず記入して下さい <input type="checkbox"/> 認知症で、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			
説明確認及び情報収集に係る同意		理由は（具体的な状況など）			
		理由は（具体的な状況など）			
説明確認及び情報収集に係る同意		私は、貴施設への入所申込みに際し、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。 貴施設が入所順位決定のため必要な範囲内において、私（入所希望者及びその家族）に関する情報を、市町村、担当居宅介護支援事業所、他の介護保険施設及び医療機関から収集すること、又、今後の高齢者施策の参考とする為、山形県及び関係市町村に報告提供することに同意します。 なお、入所申し込み後に本人の死亡、施設・病院等への入所・入院その他の理由により入所の必要がなくなった場合には、速やかにその旨を連絡し申し込みを取り下げします。 令和 年 月 日 入所希望者名 _____ (印) 同上家族氏名 _____ (印)			