

武蔵野市介護老人福祉施設 入所申込書兼調査票（標準様式）

受付日	年 月 日	担当者名		受付番号	
-----	-------	------	--	------	--

この欄は記入しない

住 所	〒180-0012 武蔵野市〇町2-2-28					
(フリガナ) 氏 名	(マルマル シカクロウ) 〇〇 □郎	続柄	子 (長男)	連絡先	自宅	0422— 60 — 1846
					携帯	0×0-××××-×××

入所申込者（本人）の基本情報

氏名	(フリガナ) <div></div> (マルマル サンカク) 〇〇 △	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
		住民登録	武蔵野市・区・町・村	
現住所	〒180-8777 東京都武蔵野市〇町2-2-28 電話 0422(60)1925			
生年月日	明・大・昭 5年 1月 1日(〇△歳)			
障害手帳等	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有⇒手帳の種類(障害名) (判定級(度)年 月 日)			
介護保険被保険者番号		0000999999		
要介護認定と認定期間	要介護3・4・5※(要介護1・2)(認定期間)(和暦)〇年 1月 1日～(和暦)〇年 12月 31日			

入所申込者（本人）の状況

現在利用している施設サービス等	□自宅で暮らしている。 <input checked="" type="checkbox"/> 施設・医療機関等に入所・入院している。(下記欄も記入)	
	施設(病院)名 介護老人保健施設 〇〇園 住所 東京都〇〇区△△町1-2-3 電話 03(1111)1111	入所(院)日 (和暦) □年 3月 3日～
認知症・精神の状況	◆下記の項目で、いずれか一つ該当するものにシ点チェックをお願いします。 □何らかの認知症を有するが、日常生活はほぼ自立している。 □日常生活に支障があるような症状が見られるが、誰かが注意していれば自立できる。 <input checked="" type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状が見られ、介護を必要とする。 □日常生活に支障があるような症状が頻繁に見られ、常に介護を必要とする。 □著しい精神症状や周辺症状が見られ、専門治療を必要とする。 ◆その他、記載すべき特記事項があればご記入ください。 (物盗られ妄想が激しく、介護者に対して攻撃的になる。抵抗有。また、麻痺があり歩行には支えが必要なのに、勝手に歩こうとしてしまう。転倒の危険性があり、家族は目が離せない。)	
医療的処置	□尿管カテーテル □ストマ(人工肛門) □経管栄養(経鼻・経腸・胃瘻・食道瘻) □酸素療法 <input checked="" type="checkbox"/> インシュリン注射 ◆その他()	
	現在の病気の病名	入院・通院履歴 期 間
	脳梗塞後遺症	A病院 (和暦)〇年 △月～
	糖尿病	B病院 (和暦)〇年 〇月～
	アルツハイマー型認知症	A病院 (和暦)〇年 □月～

担 当 ケアマネジャー	事業所名	むさしの〇〇〇 居宅介護支援事業所		
	氏 名	□□ △△子	連絡先	電話 0422 (51) 5131

情報提供に関する
入所申込者（本人）の同意確認欄

私は、入所申込施設が、①武蔵野市から私の介
に必要となる情報を収集し、②担当する
の同意確認欄

**入所申込者ご本人のお名前を
ご記入ください（印字不可）。**

(和暦) ○年 ○月 ○日 氏 名 ○○ △ (印)

印鑑の捺印をお願いします。

二の申込書
三の申込書

※要介護 1 又は 2 について、別紙様式 4 を添付してください。

この欄は、施設を申込むことになった理由や、他の欄では書ききれなかった介護の大変さなどを記入していただく欄です。こちらに記入していただくことで、緊急度など特別な事由と認められ、考慮されることもありますので、できるだけ記入をしてください。