

施設名
居室タイプ(希望する項目に○をしてください。(複数選択可)) 多床室・従来型個室・ユニット型個室・いずれでもよい

施設記入欄
○ 申込書受領日 令和 年 月 日
○ 申込書有効期限 令和 年 月 日

## 特別養護老人ホーム入所申込書 【新規・再申請・変更】

※この申込書は、施設が受け付けた日の翌年末が有効期限となります。  
有効期限到来後も継続して入所を希望される場合は、有効期限の同年10月1日から12月31日までの期間に、申込書を提出して再申請してください。

※入所希望者の要介護度や介護者の状況等が変わった場合は、入所申込書を再提出してください。

申込日		令和 年 月 日	
入所希望者	フリガナ		性別 男 ・ 女
	利用者氏名		生年月日 年 月 日 ( 歳)
	住所	〒 - 電話 ( )	
	要介護度	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5	生活保護の受給 有 ・ 無
	認定の有効期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	
	介護保険被保険者番号		保険者名 (区市町村)
	医療処置 (該当する項目に○をしてください)	1. なし 2. 胃ろう    3. 経鼻栄養    4. インスリン    5. 褥瘡    6. 人工肛門 7. 在宅酸素    8. 痰の吸引    9. 尿道カテーテル    10. ペースメーカー 11. 人工透析    12. 中心静脈栄養    13. その他 ( )	
申込者	フリガナ		入所希望者との関係
	申込者氏名		
	住所	〒 -	
	電話番号	(自宅) (携帯) (勤務先) (勤務先名称)	
ケアマネジャーについて	担当のケアマネジャーの有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	ケアマネジャーの氏名		
	事業所名	電話 ( )	

### 入所希望者等の状況

要介護度	1	2	3	4	5
認知症の行動・心理 症状	1. 徘徊 2. 大声や奇声 3. 不潔行為 4. 暴力や自傷行為 5. 異食 ※上記の頻度や行為等具体的に記入して下さい。 ( ) 6. その他(その他に○をつけた方は必ず記入してください) ( ) ※入所希望者の身体の状況は、( <input type="checkbox"/> 寝たきりである <input type="checkbox"/> 寝たきりではない )				
主に介護している方 について  (注1) ・身体障害者 ・愛の手帳 ・精神障害者保健福 祉手帳 ・特殊疾病等医療証	1. 介護者がいない(ひとり暮らし) 2. 介護者に障がい等(注1)がある、または要介護認定を受けている 3. 介護者が複数(両親など)を介護している 4. 介護者が高齢(70歳以上)、または未成年である 5. 介護者はいるが問題がある(就業中<週 時間>、病弱、就学前の子ども < 歳>の育児をしている) 6. 介護者がいて特に問題ない ※主たる介護者の氏名と住所を記入してください。 氏名( ) 続柄( ) 住所( )				
現在受けている介護 保険サービス	1. 訪問介護 2. 訪問入浴 3. 訪問看護 4. 訪問リハビリ 5. 通所介護 6. ショートステイ 7. その他( )				
現在のお住まいにつ いて  (いずれか1つに○を してください)	1. 自宅(賃貸住宅も含む) ※自宅に住んでいるが、立ち退きを迫られて( <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない ) 2. 病院 3. 老人保健施設 4. 有料老人ホーム 5. 特別養護老人ホーム 6. 養護老人ホーム 7. グループホーム 8. 介護医療院 9. その他( ) ※入院入所中の病院又は施設名( ) ※退院退所後に戻る自宅が( <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない )				
介護する上での住宅 の環境について	1. 介護上住宅に問題がある <input type="checkbox"/> エレベーターのないアパート・マンションの2階以上に住んでいる <input type="checkbox"/> 自分の部屋とは別の階にトイレや風呂がある <input type="checkbox"/> 自分の部屋がない <input type="checkbox"/> その他(具体的に ) ※自宅での介護が困難な状況を具体的に記入してください。 ( ) 2. 介護上住宅に問題はない				
板橋区の居住期間	1. 3年以上 2. 3年未満 (区内居住開始 年 月頃から)				

この申込書にある内容を、板橋区、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所に提供することに同意します。

令和 年 月 日 本人氏名 \_\_\_\_\_

代筆者氏名 \_\_\_\_\_ (続柄) \_\_\_\_\_

※申込みの際は、介護保険被保険者証の写しを添付してください。  
 ※提出前に1部コピーをとって保管してください。



## 身体状況調査書

入居者の氏名				
身体状況	寝たきり	1、ひとりで起き活動する 2、寝たり起きたり 3、寝たきり		
	寝返り	1、ひとりでできる 2、何かにつかまればできる 3、出来ない		
	移動方法	1、独歩 2、杖歩行 3、車椅子 4、寝台		
	食事の形態	1、普通食 2、刻み食 3、ミキサー食 4、経管(鼻・胃ろう)		
	食 事	1、ひとりで食べられる 2、部分的に手伝いが必要 3、自分では食べられない		
	入 浴	1、ひとりで入れる 2、手伝わないと入浴できない 3、全介助・清拭		
	排 泄	尿意	1、ある 2、時々ある 3、ない	
		動作	1、ひとりで出来る 2、手伝いが必要 3、全介助 4、尿道カテーテル	
		便意	1、ある 2、時々ある 3、ない	
		動作	1、ひとりで出来る 2、手伝いが必要 3、いつもオムツを使っている	
排泄の後始末		1、ひとりでできる 2、手伝いが必要(どの様な:		
睡眠	1、良眠 2、不眠 (眠剤:なし・あり)			
疾病状況	主な傷病疾患名			
	感染症	1、ある( ) 2、ない 3、不明		
	皮膚疾患	1、ある( ) 2、ない		
	受給中のサービス	1、身体障害者 2、愛の手帳 3、精神障害者保健福祉手帳 4、特殊疾病等医療証		
	現在受けている医療	1、中心静脈栄養 2、経管栄養(経鼻・胃ろう) 3、インスリン注射 4、人工呼吸器 5、酸素療法 6、気管切開の処置 7、透析 8、疼痛の看護 9、床ずれの処置 10、人口肛門の処置		
	麻痺の有無	1、ある(部位: ) 2、なし		
	拘縮の有無	1、ある(部位: ) 2、なし		

私は、入所に関する方法や手続きについて、申し込み説明書を一読いたしました。

年 月 日 入所申込者氏名  
(または代理人)

印  
社会福祉法人 四葉晃耀会 特別養護老人ホーム ブルーポピー

診療情報提供書 (A)

年 月 日

本提供書の有効期限は、上記発行日より3カ月の間とする。

特別養護老人ホーム ブルーポピー

医療機関名 (科名)

所在地

様

名称

担当医

電話

印

患者氏名 \_\_\_\_\_ 様 (男・女) 明・大・昭 年 月 日

〒住 所 \_\_\_\_\_ 電 話 \_\_\_\_\_

【診 断】

【既往症】

【治療経過】

【処 方】

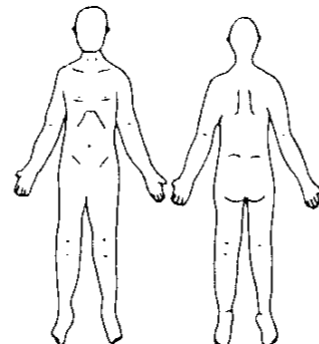
【心身の状態】

(1) 身体の状態

(主治医との協議により、ケアマネジャーによる点チェック及び記入可)

- 四肢欠損 関節の拘縮 筋力低下 麻痺 (L・R) 褥瘡
- 嚥下障害 知覚障害 難聴 失調・不随意運動
- 視覚障害 失語症 カテーテル類留置
- その他の皮膚疾患

<備考>



(2) 日常生活の自立度

ADL状態 正常 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2

認知症状態 正常 I IIa IIb IIIa IIIb IV M

(3) 認知症の中核症状

- ・短期記憶 問題なし 問題あり
- ・認知能力 自立 多少困難 要見守り 判断不可
- ・伝達能力 伝達可 多少困難 具体的要求のみ 伝達不可

(4) 認知症の周辺症状

- 有 無
- 幻視、幻聴 妄想 昼夜逆転 暴言 暴行 介護拒否 徘徊
- 不潔行為 異食行動 性的問題 火の不始末
- その他 ( )

【検査所見】 [施行日 平成 年 月 日]

※ 印の項目については6か月以内の検査値、その他は直近の検査値を記入して下さい。

尿	糖		血液生化学	総蛋白質		BUN	
	蛋白			アルブミン		Cr	
	潜血			GOT		UA	
血	白血球数		GPT		Na		
	赤血球数		LDH		K		
	血色素数		ALP		Cl		
液	ハマトクリット		γ-GTP		Ca		
	血小板		LDL-cho		CRP		
			HDL-cho		血糖	(食前・食後)	
			TG		▲HbA1c		

▲糖尿病歴ある方のみ

※TPHA		※HBs抗原		※HCV抗体	
-------	--	--------	--	--------	--

疥 癬	有・無	結核性疾患	有・無
-----	-----	-------	-----

(検出部位 )

身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg

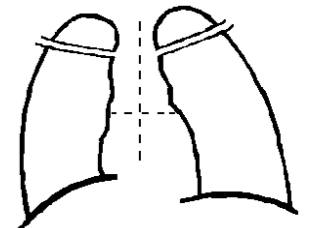
※心電図所見

血圧 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

※検査 年 月 日

【特記事項】

※胸部X-P所見



※検査 年 月 日

記入例

施設名 ○○ホーム

居室タイプ(希望する項目に○をしてください。(複数選択可))  
 多床室  従来型個室  ユニット型個室  いずれでもよい

施設記入欄  
 申込書受領日  
 令和 年 月 日  
 申込書有効期限  
 令和 年 月 日

特別養護老人ホーム入所申込書 【新規・再申請・変更】

※この申込書は、施設が受け付けた日の翌年末が有効期限となります。  
 有効期限到来後も継続して入所を希望される場合は、有効期限の同年10月1日から12月31日までの期間に、申込書を提出して再申請してください。

※入所希望者の要介護度や介護者の状況等が変わった場合は、入所申込書を再提出してください。

申込日		令和 7 年 4 月 1 日	
入所希望者	フリガナ	イタバシ タロウ	性別 <input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
	利用者氏名	板橋 太郎	生年月日 昭和20年 1 月 1 日 (80歳)
	住所	〒173-0004 板橋区板橋2-66-1 電話 03(3579)2253	
	要介護度	1 <input type="radio"/> 2 <input checked="" type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	生活保護の受給 <input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無
	認定の有効期間	令和 6年 4 月 1 日から 令和 9年 3 月 31 日まで	
	介護保険被保険者番号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	保険者名 (区市町村) 板橋区
	医療処置 (該当する項目に○をしてください)	<input checked="" type="checkbox"/> 1. なし <input type="checkbox"/> 2. 胃ろう <input type="checkbox"/> 3. 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 4. インスリン <input type="checkbox"/> 5. 褥瘡 <input type="checkbox"/> 6. 人工肛門 <input type="checkbox"/> 7. 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 8. 痰の吸引 <input type="checkbox"/> 9. 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 10. ペースメーカー <input type="checkbox"/> 11. 人工透析 <input type="checkbox"/> 12. 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 13. その他 ( )	
申込者	フリガナ	イタバシ ハナコ	入所希望者との関係 長女
	申込者氏名	板橋 花子	
	住所	〒174-0063 板橋区前野町4-16-1	
	電話番号	(自宅) 03-1111-1111 (携帯) 090-888-8888 (勤務先) 03-9999-9999 (勤務先名称) ○○商事(株) 経理部	
ケアマネジャーについて	担当のケアマネジャーの有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	ケアマネジャーの氏名	健福 次郎	
	事業所名	○○ケアサービス	電話 03(1234)5678

### 入所希望者等の状況

要介護度	1 . <b>2</b> . 3 . 4 . 5
認知症の行動・心理 症状	<p><b>1</b> 徘徊 2. 大声や奇声 3. 不潔行為 4. 暴力や自傷行為 5. 異食 ※上記の頻度や行為等具体的に記入して下さい。 ( ほぼ毎日家の中や近隣を徘徊し、転倒して骨折したこともある。 )</p> <p>6. その他 (その他に○をつけた方は必ず記入してください) ( )</p> <p>※入所希望者の身体の状況は、( <input type="checkbox"/>寝たきりである <input checked="" type="checkbox"/>寝たきりではない )</p>
主に介護している方 について  (注1) ・身体障害者 ・愛の手帳 ・精神障害者保健福 祉手帳 ・特殊疾病等医療証	<p>1. 介護者がいない (ひとり暮らし) 2. 介護者に障がい等 (注1) がある、または要介護認定を受けている 3. 介護者が複数 (両親など) を介護している 4. 介護者が高齢 (70歳以上)、または未成年である</p> <p><b>5</b> 介護者はいるが問題がある (就業中&lt;週24時間&gt;、病弱、就学前の子ども &lt;5歳&gt;の育児をしている) 6. 介護者がいて特に問題ない</p> <p>※主たる介護者の氏名と住所を記入してください。 氏名(板橋 花子) 続柄( 長女 ) 住所(板橋区前野町4-16-1 )</p>
現在受けている介護 保険サービス	<p>1. 訪問介護 2. 訪問入浴 3. 訪問看護 4. 訪問リハビリ <b>5</b> 通所介護 <b>6</b> ショートステイ 7. その他 ( )</p>
現在のお住まいにつ いて  (いずれか1つに○を してください)	<p>1. 自宅 (賃貸住宅も含む) ※自宅に住んでいるが、立ち退きを迫られて ( <input type="checkbox"/>いる <input type="checkbox"/>いない )</p> <p>2. 病院 <b>3</b> 老人保健施設 4. 有料老人ホーム 5. 特別養護老人ホーム 6. 養護老人ホーム 7. グループホーム 8. 介護医療院 9. その他 ( )</p> <p>※入院入所中の病院又は施設名 ( 介護老人保健施設 ○○ ) ※退院退所後に戻る自宅が ( <input checked="" type="checkbox"/>ある <input type="checkbox"/>ない )</p>
介護する上での住宅 の環境について	<p>1. 介護上住宅に問題がある <input type="checkbox"/> エレベーターのないアパート・マンションの2階以上に住んでいる <input type="checkbox"/> 自分の部屋とは別の階にトイレや風呂がある <input type="checkbox"/> 自分の部屋がない <input type="checkbox"/> その他 (具体的に )</p> <p>※自宅での介護が困難な状況を具体的に記入してください。 ( )</p> <p><b>2</b> 介護上住宅に問題はない</p>
板橋区の居住期間	<p><b>1</b> 3年以上 2. 3年未満 (区内居住開始 平成20年 4月頃から)</p>

この申込書にある内容を、板橋区、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所に提供することに同意します。

令和 7 年 4 月 1 日 本人氏名 板橋 太郎

代筆者氏名 板橋 花子 (続柄) 長女

※申込みの際は、介護保険被保険者証の写しを添付してください。  
※提出前に1部コピーをとって保管してください。

