

改正後

現行

申込者名

◎入所希望者の状況

入所希望者の状況	<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) ・所在地： ・入所又は入院時期：平成 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：平成 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 (□ 毎日 □ 週4~6日 □ 週3日以下) <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 (□ 週3回以上 □ 週2回以下) <input type="checkbox"/> 訪問看護 (□ 毎日 □ 週4~6日 □ 週3日以下) <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション (□ 毎日 □ 週4~6日 □ 週3日以下) <input type="checkbox"/> 通所介護 (□ 毎日 □ 週4~6日 □ 週3日以下) <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション (□ 毎日 □ 週4~6日 □ 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 ( ) ※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が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) その他、住宅の状況で困っていること等ありましたら、お書きください。
認知症などの状況	<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"/> 不潔(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) <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 ( )
特例入所の申立	<b>要介護1又は2の方が入所するためには、下記のいずれかに該当することが必要です。          ご自身の判断で該当すると思われる項目に印を付けてください。</b> <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・行動や意志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・行動や意志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 ( )

申込者名

◎入所希望者の状況

入所希望者の状況	<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) ・所在地： ・入所又は入院時期：平成 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：平成 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 (□ 毎日 □ 週4~6日 □ 週3日以下) <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 (□ 週3回以上 □ 週2回以下) <input type="checkbox"/> 訪問看護 (□ 毎日 □ 週4~6日 □ 週3日以下) <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション (□ 毎日 □ 週4~6日 □ 週3日以下) <input type="checkbox"/> 通所介護 (□ 毎日 □ 週4~6日 □ 週3日以下) <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション (□ 毎日 □ 週4~6日 □ 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 ( ) ※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が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) その他、住宅の状況で困っていること等ありましたら、お書きください。
認知症などの状況	<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"/> 不潔(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) <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 ( )
特例入所の申立	<b>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。</b> <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・行動や意志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・行動や意志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 ( )