

受付日	受付番号	(備考)
令和 年 月 日		

(様式1) **【南聖園】** 特別養護老人ホーム入所申込書

令和 年 月 日

*太線内を正確にご記入下さい。

*口のある項目は、該当するものに レ を記入して下さい。

申込者	住所	〒	
	(フリガナ)		入所希望者との続柄
	氏名	電話番号	() ()

<施設名>

特別養護老人ホーム _____ に入所したいので、次のとおり申込ます。

入 所 希 望 者 の 状 況	(フリガナ)		性別	男 ・ 女			
	氏名		住民登録地	市・区・町・村			
	住所	〒		電話	()		
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)					
	健康保険	種別	記号番号	年金等	種別		
	障害手帳等	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 手帳の種類 _____ (障害名 _____) (判定種級「度」 年 月 日取得)					
	介護保険	被保険者番号		※出来れば介護保険被保険者証(写)を添付して下さい。			
	要介護認定	要介護度1 <input type="checkbox"/> 要介護度2 <input type="checkbox"/> 要介護度3 <input type="checkbox"/> 要介護度4 <input type="checkbox"/> 要介護度5 <input type="checkbox"/> *申請中の場合(申請日:令和 年 月 日) 認定有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日 (認定日 年 月 日)					
	現在の状況及びサービス等(施設・病院等の入院・入所等及びかかりつけ医療機関)	現在入院・入所している施設及び病院等	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム(ケアハウス) <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> その他()			(所在地)	連絡先
		かかりつけ医療機関	(病院名)	(診療科目)			

入所希望者の状況	現在の状況及びサービス等(在宅サービス受給状況等)	在宅サービス	*現在利用している居宅サービスを <u>全て</u> 選んでください。			
			<input type="checkbox"/> ①訪問介護 (□月16回以上 □月8～15回以上 □7回以下) <input type="checkbox"/> ②訪問入浴介護 (□月4回以上 □月3回以下) <input type="checkbox"/> ③訪問看護 (□月8回以上 □4～7回 □3回以下) <input type="checkbox"/> ④訪問リハビリテーション (□月8回以上 □4～7回 □3回以下) <input type="checkbox"/> ⑤居宅療養管理指導 (□月8回以上 □4～7回 □3回以下) <input type="checkbox"/> ⑥通所介護 (□月8回以上 □4～7回 □3回以下) <input type="checkbox"/> ⑦通所リハビリテーション (□月8回以上 □4～7回 □3回以下) <input type="checkbox"/> ⑧短期入所生活介護/療養介護(最近3ヶ月間の利用日数の合計 日) <input type="checkbox"/> ⑨福祉用具の貸与・購入費支給/住宅改修費の支給 <input type="checkbox"/> ⑩その他()			
	食事摂取	状態	<input type="checkbox"/> ①自立 <input type="checkbox"/> ②見守り <input type="checkbox"/> ③一部介助 <input type="checkbox"/> ④全部介助 <input type="checkbox"/> ①常食 <input type="checkbox"/> ②半粥 <input type="checkbox"/> ③全粥 <input type="checkbox"/> ④ミキサー <input type="checkbox"/> ①常食 <input type="checkbox"/> ②きざみ <input type="checkbox"/> ③ミキサー <input type="checkbox"/> ①むせない <input type="checkbox"/> ②ときどきむせる <input type="checkbox"/> ③毎回むせる			
身体状況 ※ご本人の状態に一番近い項目を選んで下さい。	排泄	状態	<input type="checkbox"/> ①自立 <input type="checkbox"/> ②一部介助 <input type="checkbox"/> ③全部介助 <input type="checkbox"/> ①ある <input type="checkbox"/> ②時々ある <input type="checkbox"/> ③ない <input type="checkbox"/> ①ある <input type="checkbox"/> ②時々ある <input type="checkbox"/> ③ない <input type="checkbox"/> ①なし <input type="checkbox"/> ②昼夜 <input type="checkbox"/> ③夜のみ			
	入浴	<input type="checkbox"/> ①自立 <input type="checkbox"/> ②一部介助 <input type="checkbox"/> ③全部介助 <input type="checkbox"/> ①自立 <input type="checkbox"/> ②見守り <input type="checkbox"/> ③一部介助 <input type="checkbox"/> ④全部介助 <input type="checkbox"/> ①自立 <input type="checkbox"/> ②見守り <input type="checkbox"/> ③一部介助 <input type="checkbox"/> ④全部介助 (歩行: □ア,つかまり歩き □イ,杖使用 □ウ,車椅子 □エ,寝たきり)				
	視力	<input type="checkbox"/> ①普通 <input type="checkbox"/> ②やや悪い <input type="checkbox"/> ③人の動きや明るさがわかる程度 <input type="checkbox"/> ①普通 <input type="checkbox"/> ②やや悪い <input type="checkbox"/> ③大声が聞き取れる <input type="checkbox"/> ①普通 <input type="checkbox"/> ②聞き取りにくい □③聞き取れない				
	聴力					
	言語					
	認知・精神の症状	<input type="checkbox"/> ①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。 <input type="checkbox"/> ②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(声かけ・見守り等)をしていれば自立できる。 <input type="checkbox"/> ③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。 <input type="checkbox"/> ④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。 <input type="checkbox"/> ⑤著しい精神症状や問題行動が見られ、専門医療を必要とする。				

介護者の状況	<input type="checkbox"/> ①身寄りがいないなど介護する者がいない。	<input type="checkbox"/> ア,単身 <input type="checkbox"/> イ,要介護者だけの世帯 <input type="checkbox"/> ウ,その他()
	<input type="checkbox"/> ②介護する者が、地理的に離れている。若しくは病院等に長期入院中などの状況により、事実上介護が不能。	<input type="checkbox"/> ア,介護者が長期入院及び入所中 <input type="checkbox"/> イ,介護者が遠方に在住 <input type="checkbox"/> ウ,その他()
	<input type="checkbox"/> ③介護する者が、要介護状態・病気療養中・障害を有するなどの状況にあり、十分な介護が困難。	<input type="checkbox"/> ア,介護者が年少のため <input type="checkbox"/> イ,介護者が病気療養中のため <input type="checkbox"/> ウ,介護者が障害及び要介護状態にあるため <input type="checkbox"/> エ,その他()
	<input type="checkbox"/> ④介護する者が、要支援状態・高齢等の状況にあり、十分な介護が困難。	<input type="checkbox"/> ア,介護者が高齢のため <input type="checkbox"/> イ,介護者が要支援 <input type="checkbox"/> ウ,その他()
	<input type="checkbox"/> ⑤介護する者が、複数の介護や育児を行なっているなど、十分な介護が困難。	<input type="checkbox"/> ア,介護者が育児を抱えているため <input type="checkbox"/> イ,介護者が複数の人を介護しているため <input type="checkbox"/> ウ,介護者が一人で常勤就労しているため <input type="checkbox"/> エ,その他()
	<input type="checkbox"/> ⑥介護する者が、就業しているため、十分な介護が困難。	<input type="checkbox"/> ア,介護者がパート就労等による時間拘束があり、十分な介護が出来ない <input type="checkbox"/> イ,その他()
その他の特別な状況	<input type="checkbox"/> ①在宅生活に困難と認められる認知症状による問題行動がある。	<input type="checkbox"/> ア,常時、徘徊行動がある <input type="checkbox"/> イ,常時、不潔行為がある <input type="checkbox"/> ウ,自傷・他傷行為がある <input type="checkbox"/> エ,その他()
	<input type="checkbox"/> ②医療的管理が必要な場合。	<input type="checkbox"/> ア,カテーテル <input type="checkbox"/> イ,経管栄養 <input type="checkbox"/> ウ,酸素療法 <input type="checkbox"/> エ,インシュリン注射 <input type="checkbox"/> オ,その他()
	<input type="checkbox"/> ③住環境が介護に適さない場合。	<input type="checkbox"/> ア,居室が狭く介護に適さない。 <input type="checkbox"/> イ,廊下・階段・便所・浴室等の改修が困難 <input type="checkbox"/> ウ,その他()
	<input type="checkbox"/> ④介護保険による居宅サービス(訪問介護・通所介護等)を利用しても在宅生活が困難な場合、または介護老人保健施設や病院等に入所(入院)しており、退所(退院)後も在宅生活が困難と認められている場合。	※ その他の特別な状況①～③、介護者の状況以外について具体的に記入して下さい。 ()
その他	入所を希望する時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい。 <input type="checkbox"/> ア,6ヶ月以内 <input type="checkbox"/> イ,1年先 <input type="checkbox"/> ウ,その他()
	他施設の申し込み状況	<input type="checkbox"/> 当該等施設のみ申し込んでいる。 <input type="checkbox"/> 他の施設 (<input type="checkbox"/> ア,市内 <input type="checkbox"/> イ,市外)にも申し込んでいる 施設名:()

【留意事項】

- 1) 入所希望者の要介護度や介護者等の状況など、本入所申込書に記載した事項等が変わった場合、あるいは他の特別養護老人ホーム等に入所した場合は、必ず当施設に連絡下さい。
- 2) 認知症の問題行動や医療管理については、施設によって対応できる施設とできない施設がありますので予め申し込み時、施設に確認して下さい。
- 3) この申込書は入所の必要性を計るものであり、実際の入所調整にあたっては、男女別居室管理等の管理運営体制・緊急性等を含めて、各施設入退所検討委員会で決定されます。

介護支援専門員意見書

令和 年 月 日

フリガナ		被保険者												
入所申込者氏名		番号												
ケアプランについて	在宅サービス利用率	% (直近1ヶ月の給付限度額に対する利用割合)												
	利用しているサービス(直近1ヶ月の利用状況)													
	サービス名	利用回数等												
	認知症老人の日常生活自立度	《 自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M 》												
	障害老人の日常生活自立度	《 自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2 》												
	サービスに対するご本人またはご家族の希望など													
ご本人の状況	1 身体の状況について(麻痺や拘縮など、介護を要する身体状況)													
	2 認知症等について(介護や見守りを要する身体状況)													
	3 疾患等について(特に注意を要すること、医療器具の使用など介護や看護を要する疾患など)													
ご家族の状況	※ご家族の状況で留意すべきこと													
その他の留意すべきこと	※ご本人の嗜好や性格など介護をする上で把握しておくべきこと													

記入者氏名		職 種	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> その他()											
事業所区分	<input type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> その他()													
事業所名		連絡先電話	— —											