

様式 1

特別養護老人ホーム 中通 入居申込書

特別養護老人ホーム 中通

施設長 佐々木 将樹 殿

令和 年 月 日

申込者氏名 _____ 続柄 (_____)

住所 _____

電話番号 _____

入居対象者	フリガナ					※必ずフリガナも記入してください
	氏名			性別	1 男 2 女	
	生年月日	1 明治 2 大正 3 昭和		年	月	日 歳
	住所	〒 _____				
	電話番号			FAX番号		
家族状況	氏名	続柄	年齢	職業	別居先の住所・電話番号 (同居の場合は同上)	
			歳			
			歳			
			歳			
			歳			
			歳			
			歳			
特例入所申し込み理由記載欄 (居宅において日常生活を営むことが困難な理由等)						

※対象者の健康保険証、介護保険証のコピーの添付をお願いします。障害者手帳・負担限度額認定書がある場合はコピーを添付願います。

<p>1、私は上記の入居申込者情報について、施設が市町村介護保険事業計画策定等の為の情報提供を求められた場合には、その使用について同意します。</p> <p>2、上記申込者の状況変化については、原則として申込者からの申告があった場合のみ情報を更新する事に同意します。</p> <p>3、介護認定が更新された場合には、当施設に連絡する事とし、認定の有効期間が満了し3ヶ月経過しても更新の連絡がない場合には、入居申込を辞退したものとみなす事に同意します。</p> <p style="text-align: right;">対象者氏名 _____ 印 _____</p> <p style="text-align: right;">申込者 _____ 印 _____</p>

(施設記入欄) 受付月日 _____ 受付職員氏名 _____

特記事項：

様式 2

特別養護老人ホーム中通 入居申込調査書

氏名

介護保険被保険者証番号：

調査年月日	令和 年 月 日	調査者氏名	
現状使用施設名	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 特養 <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 療養型 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> その他 ()		
介護保険サービス確認欄	利用している介護保険サービス <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	要介護度： 調査時点での在宅サービスの利用単位数 (単位) 他施設の申込状況 ()		
健康保険	(種別)	年金等	(種別)
障がい者手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (手帳の種類 障害名) 判定 (級 種、その他)		
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	内容	主食 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> 経管栄養 副食 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 刻み食 <input type="checkbox"/> ミキサー *食事制限 () <input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク 特別食： (状況：)	
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (特浴・ 中間浴・ 一般浴) (状況：)		
着脱衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (状況：)		
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 排泄状況 (<input type="checkbox"/> 便器 <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> オムツ等 <input type="checkbox"/> その他 () 下剤服用 (有・無) 便： 日 回 失禁 (有・無) (状況：)		
移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 歩行状況 (<input type="checkbox"/> 自立歩行 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 立位不可) 移動器具の使用 (<input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車椅子等 <input type="checkbox"/> その他 (状況：)		
視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 全盲 眼鏡使用 (有・無) (状況：)		
聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 大声で聞こえる <input type="checkbox"/> 難聴 (状況：)		
言語・会話	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不明瞭 <input type="checkbox"/> 失語 <input type="checkbox"/> 会話不能 (状況：)		

認知等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ 軽度 ・ 中度 ・ 重度 ） 問題行動（ <input type="checkbox"/> 失見当識 <input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 幻視幻聴 <input type="checkbox"/> 暴言暴行 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 介護抵抗 精神疾患（ 有 ・ 無 ） <input type="checkbox"/> その他 （状況： _____ ）
薬の服用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 薬名等： _____

既往歴	昭和・平成・令和 年 月 日（頃）：
	昭和・平成・令和 年 月 日（頃）：

【 特記事項 】

【 介護をされていて困っている事、その他特記すべき事項をお書き下さい 】

様式 3

介護支援専門員等意見書

1. 本人の状況

要介護度	5	4	3	2~1
認知症による不適応行動	非常に多い	やや多い	少しあり	なし

2. 在宅サービス利用度

在宅サービス利用限度額割合	60%以上	50%以上	30%以上	30%未満
---------------	-------	-------	-------	-------

3. 主たる介護者・家族等の状況

① 世帯の状況	独居	高齢者世帯	その他	
② 介護者の性別・年齢・続柄	男・女	歳	(本人からみた続柄)	
③ 介護者の介護負担	重い	やや重い	軽い	負担なし
④ 介護者が障害や疾病	無・有 ()			
⑤ 介護者の就労	無・有 (職種等	日/週	時間/日)	
⑥ 他の要介護者	無・有 (要支援、要介護	1	2	3 4 5)
⑦ 介護者が育児、家族が病気	無・有 ()			
⑧ 介護者の介護の関わり方	介護拒否	非常に消極的	やや消極的	普通
⑨ 他の同居介護補助者	無・有 (続柄) 日/週程度 ()		
⑩ 別居血縁者介護協力	無・有 (続柄) 日/週程度 ()		
⑪ 近隣者等の介護協力	ほとんどなし	随時あり	常時あり	-

4. 特記事項及び意見

①医療的処置：膀胱カテーテル、経管栄養、酸素療法等 ②住居環境：廊下、階段、便所、浴室等の住宅改修困難等 ③入所待機期間：待機期間が1年以上になっている。理由 ④長期入院等に退院後の再入所 ⑤その他	点数	<input type="text"/>	10点満点
<input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/>			

5. 備考記入欄

意見書作成日 令和 年 月 日
意見書作成者 印