

指定介護老人福祉施設〔特別養護老人ホーム〕等入所申込書兼台帳

申込者連絡先 <small>(家族等代理の方の場合)</small>	氏名：	続柄
	〒	
	住所：	
	電話番号	

施設 記 入 欄	申込日	年 月 日	受付日	年 月 日
	受付番号		担当者名	倉田
	法人名	社会福祉法人 邦寿会		
	入所申込施設名	どうみょうじ高殿苑		
	保険者への報告	不要 ・ 要 報告日： 年 月 日		

今後、郵便物などはこの連絡先にお送りさせていただきます。

本人の状況	(フリガナ)	性別	保険者(番号)	藤井寺市	2	7	2	2	6	0	
	氏名	男女	被保険者番号								
	生年月日	明・大・昭 年 月 日(満 歳)	要介護認定期間	年 月 日 から 年 月 日 まで ※未申請の方は記入してください 年 月 日							
	要介護度	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ↓ 要介護 1・2 は下記のいずれかの該当が必要です <input type="checkbox"/> 認知症があり日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられる。 <input type="checkbox"/> 知的障がい・精神障がい等を伴い、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられる。 <input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待が疑われる等により、心身の安全・安心の確保が困難な状況である。 <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。									
	障がいの程度	<input type="checkbox"/> 療育手帳あり (<input type="checkbox"/> A 1 <input type="checkbox"/> A 2 <input type="checkbox"/> B 1 <input type="checkbox"/> B 2) <input type="checkbox"/> 精神障がい者保健福祉手帳あり (<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級)									
	自宅住所	〒	電話番号								
	現在の居所 ※自宅以外に居住している場合に記入	<input type="checkbox"/> 自宅で単身 <input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯 <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 他の施設や病院に入っている									
	入所申込理由	施設・病院の名称	所在地	〒 -							
		入所又は入院期間	平成 年 月から(年 か月)	電話番号	()						
	本人の入所意向	<input type="checkbox"/> 介護する者がいないため <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」、「障がい」、「疾病」等により十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者が就労していることから、(昼間独居となり常時の)十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護ができないため <input type="checkbox"/> 介護する者が遠方に居住していることにより十分な介護ができないため <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所を求められているが自宅での介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護保険の居宅サービス給付の区分支給額を超えており、経済的負担が大きいため <input type="checkbox"/> その他 ()									
<input type="checkbox"/> 入所を希望している <input type="checkbox"/> 迷っている <input type="checkbox"/> 拒否している <input type="checkbox"/> 知らせていない <input type="checkbox"/> 認知力低下により理解困難											

指定介護老人福祉施設〔特別養護老人ホーム〕入所選考調査票

入所申込者(本人)氏名		被保険者番号									
受付番号		保険者(番号)									

事業所名		連絡先 電話番号	
担当ケアマネジャー氏名		職種	

ケア マネ ジャー 年月 日記 欄 入 日 欄	基本的評価基準					
	要介護度	介護者の有無	在宅サービスの利用率	地域性	合計	
	3・4・5 1・2 (特例入所対象)	・単身 ・高齢者のみ世帯で介護者が要 支援以上の世帯 ・その他の世帯	% □未利用 □入院・入所中	同一市町村・ 圏域内、隣接市	点	
点数	点	点	点	点		
意見欄	【本人の心身の状況】 <input type="checkbox"/> 常時の介護や見守りが必要である <input type="checkbox"/> 認知症を原因とする昼夜逆転・徘徊等の問題行動があり、 介護者の日常生活に支障がある <input type="checkbox"/> 寝たきりにより食事・排泄・入浴等日常生活全般を通じ、介 助が必要である <input type="checkbox"/> 多少の一部介助や見守りを必要とする <input type="checkbox"/> ほとんど自立による日常生活が可能である <input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/> 十分なケア(ナイトケア等)が受けられない <input type="checkbox"/> 病院等の入所者で帰る家がない <input type="checkbox"/> 介護保険の利用限度額を超えて在宅サービスを自費負担して いるなど経済的理由 <input type="checkbox"/> その他 ()			
	【介護者の状況】 <input type="checkbox"/> 介護者が全くいない <input type="checkbox"/> 介護者がいるが他に介護や育児が必要な者がいる <input type="checkbox"/> 介護者はいるが十分な介護が困難(高齢・障がい・疾病・ 就労・その他：) <input type="checkbox"/> 介護者が遠隔地にいる <input type="checkbox"/> 介護者が近隣にいる <input type="checkbox"/> 同居の介護者がいる(人) <input type="checkbox"/> その他 ()		【住環境】 <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難(住居が狭い等) <input type="checkbox"/> 在宅サービスの利用に必要な住環境に支障がある <input type="checkbox"/> 施設や病院から退所を求められている <input type="checkbox"/> その他 ()			
日記欄	【在宅生活継続の可能性】 <input type="checkbox"/> 極めて困難 <input type="checkbox"/> 在宅サービスを利用しても在宅生活に支障がある <input type="checkbox"/> 検討の余地あり <input type="checkbox"/> 在宅サービスの利用により在宅生活の継続が期待できる <input type="checkbox"/> その他 ()		【参考項目】 ・ 家族の負担感 <input type="checkbox"/> 介護疲れがひどい <input type="checkbox"/> 殆どかわっていない <input type="checkbox"/> 在宅サービスを利用しているが介護疲れがある <input type="checkbox"/> 在宅サービスの利用にて順調 <input type="checkbox"/> 在宅サービスの利用ないが順調 ・ 意思疎通 <input type="checkbox"/> 慣れた人でも意思疎通は困難 <input type="checkbox"/> 家族など慣れた人なら問題はない <input type="checkbox"/> 特に問題はない ・ 入所について <input type="checkbox"/> 強く拒否している □拒否傾向 <input type="checkbox"/> 意思確認が困難 <input type="checkbox"/> 希望はしていないが同意している <input type="checkbox"/> 同意している □強く望んでいる			
	【特記事項】					

施設 記入 欄	年 月 日 (記 入 日)	医療の必要性	
		同居以外の親族 や援護者の有無	
		在宅介護の可能性 ・介護者の事情	
		家族の 介護負担感	
		住環境の状況	
		その他	

入所申込書受付日		年 月 日	受付番号	入所日	年 月 日		
保険者への報告		要 ・ 不要 年 月 日	保険者から の情報提供	有 無	年 月 日		
施設 記入 欄	年 月 日 (記 入 日)	要介護度	介護者の有無	在宅サービスの利用率	地域性	合計	
		1・2・ 3・4・5	・単身 ・高齢者のみ世帯で介護者が要支援 以上の世帯 ・その他の世帯	% □未利用 □入院・入所中	同一市町村 圏域内、隣接市		
			点	点	点	点	
		【評価すべき個別の事項等】					
日 年 月 日 (記 入)	年 月 日 (記 入)	要介護度	介護者の有無	在宅サービスの利用率	地域性	合計	
		1・2・ 3・4・5	・単身 ・高齢者のみ世帯で介護者が要支援 以上の世帯 ・その他の世帯	% □未利用 □入院・入所中	同一市町村 圏域内、隣接市		
			点	点	点	点	
		【評価すべき個別の事項等】					

入所申込みに係る同意書

指定介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）等入所の申込みにあたり、その手続きについて説明を受け、下記の事項について同意します。

記

- 入所申込みを受けた施設が介護保険の保険者[市町村等]（以下「介護保険者」という）に対し、本申込書の内容及び、施設入所選考に必要な情報を提供すること

- 介護保険者が介護保険サービスの提供に際して、必要な情報を関係する機関又は介護サービス事業者を提供すること

【要介護 1 又は 2 で特例入所の要件に該当する人のみ】

- 介護保険者が施設入所選考に際して、保有する情報や、関係する機関又は介護サービス事業者から取得した情報を、施設に対し提供すること

年 月 日

入所申込者（本人） 氏名： _____

家族等代理の方 氏名： _____

主たる介護者の方 氏名： _____