

指定介護老人福祉施設〔特別養護老人ホーム〕入所申込書兼台帳

申込者氏名	フリガナ：		施設記入欄	受付日	年 月 日
	氏 名：			受付番号	
	〒	続柄		受付者名	
	住 所：			担当施設名	
				電話番号	
	電話番号：			備 考	
	携帯番号：				

今後、連絡等は申込者の方にさせていただきます。

本人の状況	フリガナ		性別	介 護 保 険 証		
	氏 名		男・女	保 険 者 名		
				被保険者番号		
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 (満 歳)		要 介 護 度	1・2・3・4・5	
	要 介 護 認定期間	年 月 日から		変 更 申 請 日		
		年 月 日まで		変 更 申 請 理 由		
	自宅住所	〒		電話番号		
	家族構成	<input type="checkbox"/> 父・母 <input type="checkbox"/> 夫または妻 <input type="checkbox"/> 子ども <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> 兄弟・姉妹 <input type="checkbox"/> 同居なし				
	※現 状	<input type="checkbox"/> 自宅（持ち家） <input type="checkbox"/> 自宅（借家・アパート） <input type="checkbox"/> 親族宅 <input type="checkbox"/> デイサービスでの宿泊				
		<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護施設での宿泊 <input type="checkbox"/> ショートステイでの長期宿泊				
		<input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅 <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> グループホーム				
		<input type="checkbox"/> 他の特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム				
		<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 医療療養病床又は介護療養型				
施設・病院の名称						
入所・入院の期間	年 月 日から					
入所申 理 由	<input type="checkbox"/> 介護する者がいない為					
	<input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」、「障害」、「疾病」等により十分な介護が困難な為					
	<input type="checkbox"/> 介護している者が就労していることから、(昼間独居で常時の)十分な介護が困難な為					
	<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出来ない為					
	<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出来ない為					
	<input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難な為					
	<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為					
	<input type="checkbox"/> 経済的負担が大きい為					
※要介護度 が1、2の 方のみ記入	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。 <input type="checkbox"/> 認知症や知的障がい又は精神障害を伴い、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見られる <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 <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					
本人の意向	<input type="checkbox"/> 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"/> 知らせてない <input type="checkbox"/> 理解困難					

本人の状況	担当介護支援専門員等氏名		居宅介護支援事業者名	電話番号	
	居宅サービスの利用の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
	医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> インスリン自己注射 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> カテーテル			
		<input type="checkbox"/> その他 ()			
		受診している医療機関名			
		病歴 (現病名)			
		既往歴 () 年 月 日			
() 年 月 日					
《特記事項》					
希望施設	【多床室】 <input type="checkbox"/> 白兔 <input type="checkbox"/> 美和 <input type="checkbox"/> 岩井 <input type="checkbox"/> 河原 <input type="checkbox"/> 高草 <input type="checkbox"/> わかさ				
	【ユニット型個室】 <input type="checkbox"/> 岩井 <input type="checkbox"/> 気高 <input type="checkbox"/> 高草 <input type="checkbox"/> 全施設				
※最初に入所決定した施設に入所して頂きます。施設移動（法人内）は出来ません。					
主たる介護者の状況	フリガナ：	住 所：			
	介護者名：	電話番号：			
続柄 () 年齢 () 意見等 (現在の介護で困っている事等)					
説明確認	入所申込に際し、入所申込から入所契約までの手続及び入所順位の決定方法について、施設から、説明を受けました。 年 月 日 氏名 続柄 ()				
同意書	今後、指定介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）への入所申込者の状況を調査するために、氏名、生年月日、住所、入所申込理由等について、県及び保険者市町村に報告する事に同意します。 年 月 日 氏名				

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		生年月日		明大昭 年 月 日		男・女		
事業所名		連絡先電話番号						
担当介護支援専門員等氏名		職 種						
介 護 支 援 専 門 員 等 記 入 欄	基 本 的 評 価 基 準							
	要介護度	認知症高齢者の日常生活自立度	在宅サービスの利用率	介護者の有無	地域性	合 計		
	1・2・3 4・5	I. IIa. IIb. IIIa IIIb. IV. M. 正常	% □未利用□入院・入所中	単 身 同 居	同一市町村 圏域内、隣接 市			
	点 数	点	点	点	点	点		
	年 月 日 (記 入 日) 見 書	【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"/> 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 ()			【在宅生活に支障のある状況】 <input type="checkbox"/> 近くに在宅サービス事業者がなく利用が困難 <input type="checkbox"/> 十分なケアが受けられない <input type="checkbox"/> 病院などの入院者で帰る家がない <input type="checkbox"/> 経済的理由 <input type="checkbox"/> その他 ()			
		【介護者の状況】 <input type="checkbox"/> 介護者がまったくいない <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"/> 十分な介護が困難(高齢、障害、疾病、就労、その他：) <input type="checkbox"/> 遠隔地にいる <input type="checkbox"/> 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 <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 ()			
		【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いるが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】 ① 家族の負担感 <input type="checkbox"/> 介護疲れがひどい <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"/> 在宅サービスを利用にて順調 <input type="checkbox"/> 在宅サービスの利用がないが順調 ② 意志疎通 <input type="checkbox"/> 慣れた人でも意志疎通は困難 <input type="checkbox"/> 家族など慣れた人なら問題ない <input type="checkbox"/> 特に問題ない ③ 入所について <input type="checkbox"/> 強く拒否している <input type="checkbox"/> 強く拒否傾向 <input type="checkbox"/> 意思確認が困難 <input type="checkbox"/> 希望はしてないが同意している <input type="checkbox"/> 同意している <input type="checkbox"/> 強く望んでいる			
		《特記事項》						

介護支援専門員等記入欄	年 月 日 記入	医療の必要性	
		同居以外の親族や介護者の有無	
		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	
		特記事項	

入所申込書受付日		年	月	日	受付番号		入所日	年	月	日	
施設 記入 欄	年 月 日	要介護度	認知症高齢者の日常生活自立度	在宅サービスの利用率	介護者の有無	地域性	合計				
		1・2・3 4・5	I. IIa. IIb. IIIa IIIb. IV. M. 正常	% □未利用□入院・入所中	単身 同居	同一市町村 圏域内、隣接市					
		点		点	点	点	点	点			
		【評価すべき特記事項】									
欄	年 月 日	要介護度	認知症高齢者の日常生活自立度	在宅サービスの利用率	介護者の有無	地域性	合計				
		1・2・3 4・5	I. IIa. IIb. IIIa IIIb. IV. M. 正常	% □未利用□入院・入所中	単身 同居	同一市町村 圏域内、隣接市					
		点		点	点	点	点	点			
		【評価すべき特記事項】									