

特別養護老人ホーム入所申込書

令和 年 月 日

特別養護老人ホームひまわり

申込者氏名 _____ 続柄 ()

特別養護老人ホームゆうゆう

住 所 _____

特別養護老人ホームあじさいの郷

電 話 番 号 _____

施設長 様

特別養護老人ホーム（複数選択可）に入所したいので、次の通り申込致します。

入 所 対 象 者	被保険者番号											※介護保険証でご確認ください			
	フリガナ 氏 名	※必ずフリガナもご記入ください													
	生年月日	1. 明治			2. 大正			3. 昭和			性 別	1. 男		2. 女	
		年	月	日											
	要介護 状態区分	要介護度 1 · 2 · 3 · 4 · 5 (介護認定申請中 : 申請日 年 月 日)													
	認定有効 期 間	令和		年		月		日	から						
		令和		年		月		日	まで						
住 所															
電話番号	()					FAX 番号	()								
家 族 等 の 状 況	氏 名	続柄	年齢	職 業	同居・別居	別居先の電話等									
					同 · 別										
					同 · 別										
					同 · 別										
					同 · 別										
※ 特例入所申込理由記載欄（居宅において日常生活を営むことが困難な理由等）															

◎ 「介護保険被保険者証」の写しを添付してください。

私は、上記入所申込者情報について、当該特別養護老人ホームが市町村介護保険事業計画策定等のため、情報提供を求められた場合には、その使用について、及び、当該特別養護老人ホーム間での情報共有について同意します。

対象者名 _____

申込者名 _____

(施設記入欄) 【受付 NO. 】

受付年月日	令和	年	月	日	受付者氏名	
特記事項						

入 所 申 込 調 査 票

調査対象者氏名

調査年月日	令和 年 月 日	調査者氏名	
現状	<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"/> 他施設 <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"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> その他 ()		
	調査時点での在宅サービスの利用単位数 () 単位) 他施設申込状況 ()		
健康保険	種 別	年金等	種 別
障害手帳等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (手帳の種類 障害名) 判定 (級 その他)		
食 事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 入れ歯 ()		
	内 容	主食 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> ミキサー 食事制限 () 副食 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 細食 <input type="checkbox"/> ミキサー () <input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク	
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・夜間浴)		
着脱衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
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) 下剤服用 (有 ・ 無) 便 日 回 失禁 (有 ・ 無)		
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"/> 自力歩行 <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"/> 老人カー <input type="checkbox"/> 車椅子等) (状況)		
視 力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 全盲 (老眼鏡使用 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		
認知症等	<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"/> その他) (状況)		
薬の服用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (薬名等)		
既往歴	昭・平・令 年 月 (頃)		
	昭・平・令 年 月 (頃)		
	昭・平・令 年 月 (頃)		
【特記事項】			

介護支援専門員意見書

調査対象者氏名 _____

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	(本人から見た続柄)
③	介護者の介護負担	重い	やや重い	軽い 負担なし
④	介護者の障害や疾病	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：入所待機期間が1年以上になっている。 ④長期入院等に退院後の再入所 ⑤その他

意見書作成日 令和 年 月 日

所 属 _____

意見書作成者 _____