

指定介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)入所申込書

申込者(連絡先) 今後、郵送物等はこの連絡先にお送りさせていただきます。

申込日	平成	年	月	日
受付日	平成	年	月	日

〒	-
住所	
氏名	
電話	()

指定介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)に入所したいので、次のとおり申し込みます。

本 人 の 状 況	申し込み先 (入所希望施設)		※保 険 者	
	(フリガナ)	性 別	被保険者番号	
	氏 名	男・女	要 介 護 度	1・2・3・4・5
	生年月日	明・大・昭 年 月 日	要 介 護 認 定期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで
	現 住 所	〒 -		
	現 況	<input type="checkbox"/> 自宅で1人暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 特養などの施設や病院に入っている 「施設や病院等に入っている方」は記入してください ◇施設名または病院名 : _____ ◇所在地(市町村名のみ) _____ ◇入所又は入院時期 : 平成 年 月から入所・入院している		
	入所を希望する理由 (該当するものすべてを選んで下さい)	<input type="checkbox"/> 介護者がいないため <input type="checkbox"/> 介護するものが「高齢」、「障害」、「疾病」等により十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護者が就労していることから、十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護者の身体的・精神的負担が困難なため <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		
	入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 平成 年 月頃までに入所したい		
	医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> その他() 【現在治療中の病気・特記事項等】		
	障害の状況	<input type="checkbox"/> 視覚障害 <input type="checkbox"/> 聴覚障害 <input type="checkbox"/> 言語機能障害 <input type="checkbox"/> 知的障害		
申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込む <input type="checkbox"/> 他の施設も申し込んでいる、又は今後他の施設も申し込む予定 ◇既に申し込んでいる他の施設名 () () () ◇今後申し込む予定の他の施設名 () () ()			
主 た る 介 護 者	(フリガナ)	性 別	本人との関係	
	氏 名	男・女	生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日
	同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している (住所 : _____)		
	意 見	【介護をしているうえで困っていること等】		
今後、施設への入所を円滑にすすめ、介護保険施策の参考とするため、この申込書の内容を必要に応じて行政機関(保険者である市町村、若しくは和歌山県)に報告することに異議なく同意します。 平成 年 月 日 本人又は介護者の氏名 : _____ 印				

※「保険者」欄は「介護保険被保険者証」に記載の保険者の名称を転記してください。
 ※「介護保険被保険者証(写)」・直近3か月分の「サービス利用票(写)」及び「サービス利用票別表(写)」を添付してください。

指定介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)入所調査票

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

ケ ア 年 マ ネ ジ ヤ ー 日 記 入 欄 (記入日)	事業所名		連絡先電話番号		
	担当ケアマネジャー氏名		職 種		
	要介護度	認知の状況	介護者の有無	在宅サービスの利用率	合 計
	1・2・3・ 4・5	正常・Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・ Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・Ⅴ	単身・ 介護者有	% □未利用 □入所(入院)中	
	点			点	点

【本人の心身の状況】

□常時の介護や見守りが必要である

□認知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

□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

□多少の一部介助や見守りを必要とする □ほとんど自立による日常生活が可能である

□その他()

【介護者の状況】

□介護者が全くいない □介護者がいるが他に介護や育児が必要な者がいる

□介護者はいるが十分な介護が困難(高齢・障害・疾病・就労・その他)

□介護者が遠隔地にいる □介護者が近隣にいる □同居の介護者がいる(人)

□その他()

【在宅生活継続の可能性】

□きわめて困難 □在宅サービスを利用しても在宅生活に支障がある □検討の余地有り

□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 □その他()

【在宅生活に支障のある状況】

□近くに在宅サービス事業者がなくその利用が困難 □十分なケア(ナイトケア等)が受けられない

□施設や病院等の入所(入院)者で帰る家がない

□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

□その他()

【住環境】

□住環境の事情により十分な介護が困難(住居が狭いなど)

□在宅サービスの利用に必要な住環境に支障がある

□施設や病院等から退所(退院)を求められている □その他()

【参考項目】

- ・家族の負担感 □介護疲れがひどい □ほとんどかかわっていない □在宅サービスを利用して何とか
 □在宅サービスの利用により順調 □在宅サービスの利用ないが順調
- ・意思疎通 □慣れた人でも意思疎通は困難 □家族など慣れた人なら問題はない □特に問題はない
- ・入所についての本人の意思
 □強く拒否している □拒否傾向 □意思確認が困難
 □希望はしていないが同意している □同意している □強く望んでいる

【特記事項】

ケアマネジャー記入欄	年	医療の必要性	
	月	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	
	日 (記入日)	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		
施設 記入欄	年	要介護度	認知の状況	介護者の有無	在宅サービスの利用率	合計
		1・2・3・ 4・5	正常・I・IIa・IIb・ IIIa・IIIb・IV・M	単身・ 介護者有	% □未利用 □入所(入院)中	
	月					点
		(評価すべき個別の事項等)				
	日 (記入日)					
入 欄	年	要介護度	認知の状況	介護者の有無	在宅サービスの利用率	合計
		1・2・3・ 4・5	正常・I・IIa・IIb・ IIIa・IIIb・IV・M	単身・ 介護者有	% □未利用 □入所(入院)中	
	月					点
		(評価すべき個別の事項等)				
	日 (記入日)					