

(様式1)

入所申込書

介護老人福祉施設
 黒潮町特別養護老人ホーム
 かしま荘 様

申込者 氏
 住 所
 氏 名 印 入所希望者との関係
 電 話
 携帯電話

入所希望者の状況	ふりがな			明治			
	氏 名		男 女	生年月日	大正	年 月 日	
	住 所	〒 -		昭和	年 月 日	満 歳	
	介護保険	要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護度1 <input type="checkbox"/> 要介護度2 <input type="checkbox"/> 要介護度3 <input type="checkbox"/> 要介護度4 <input type="checkbox"/> 要介護度5				
		被保険者番号					保険者(市町村)
		認定期間	年 月 日		～	年 月 日	
	健康保険	種 別			障 害 者 手 帳	種 類	
		記 号 番 号				判 定	
	収入状況	年 金 等	(種別)		(支給年額)		
			(種別)		(支給年額)		
生活保護受給			有 ・ 無				
現 況 (在 宅)	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らしをしている <input type="checkbox"/> 自宅で夫婦と暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で子供と同居している						
	在宅サービスの利用 <input type="checkbox"/> あり(内容) <input type="checkbox"/> なし						
	<input type="checkbox"/> 在宅介護サービスの支給限度額以上のサービスを利用している						
現 況 (施設・病院)	<input type="checkbox"/> 施設や病院で生活している (施設種別をチェックして名称・時期などをご記入して下さい)						
	<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> グループホーム						
	<input type="checkbox"/> 病院(救急) <input type="checkbox"/> 病院(一般) <input type="checkbox"/> 病院(療養) <input type="checkbox"/> その他()						
	施設又は病院名			入所又は入院時期 年 月 頃			
医療の状況	現病名()						
	病 歴()						
	<input type="checkbox"/> 鼻腔栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 痰吸引 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 疼痛管理						
	<input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> C型肝炎等 <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> その他()						
入所希望者の日常生活状況	<input type="checkbox"/> 認知症がある →特記すべき症状 ()						
	<input type="checkbox"/> 視力に障害がある <input type="checkbox"/> 聴力に障害がある <input type="checkbox"/> 言語に障害がある <input type="checkbox"/> 手足に障害がある						
	移動・・・ <input type="checkbox"/> 自分で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			<input type="checkbox"/> 杖を使用 <input type="checkbox"/> 車椅子を使用 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> その他()			
	食事・・・ <input type="checkbox"/> 自分で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			形態: <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 刻み食 <input type="checkbox"/> 流動食 内容: <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 治療食			
	排泄・・・ <input type="checkbox"/> 自分で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> その他()			
	入浴・・・ <input type="checkbox"/> 自分で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助						

(様式2)

特別養護老人ホーム 入所申込意見書

記載日 令和 年 月 日

入所希望者氏名

--

記載者

氏名

所属

職種

TEL

※ この意見書は、介護支援専門員、施設・病院職員などの専門職が入所希望者の現在の状況をご記入ください。

(記入する者がいない場合は、申し込み先の施設にご相談ください。)

(1) 要介護度 (通例入所)

要介護 5	要介護 4	要介護 3
-------	-------	-------

(特例入所)

要介護 2	要介護 1
-------	-------

特例入所の場合は、(8)特記事項に
詳しい状況、状態を記載してください。

(2) 認知症高齢者の日常生活自立度

M	IV	IIIb	IIIa	IIb	IIa
---	----	------	------	-----	-----

(3) 現在の身体状況に該当する項目に○をつけてください

	A	B	C	特記事項(できる限りご記入ください)
①食 事	介助が必要	見守り程度	自 立	
②入 浴	介助が必要	見守り程度	自 立	
③排 泄	介助が必要	見守り程度	自 立	
④移 動	介助が必要	見守り程度	自 立	
⑤更 衣	介助が必要	見守り程度	自 立	

(4) 直近1カ月以内に認知症による周辺症状があったものに○をつけてください

	A	B	C	D	特記事項(できる限りご記入ください)
①火の不始末がある	ほぼ毎日	週1~3回	月1~3回	なし	
②徘徊がある	ほぼ毎日	週1~3回	月1~3回	なし	
③介護に対して抵抗がある	ほぼ毎日	週1~3回	月1~3回	なし	
④暴言暴行や大声がある	ほぼ毎日	週1~3回	月1~3回	なし	
⑤摂食異常がある	ほぼ毎日	週1~3回	月1~3回	なし	
⑥不潔行為がある	ほぼ毎日	週1~3回	月1~3回	なし	
⑦昼夜逆転がある	ほぼ毎日	週1~3回	月1~3回	なし	
⑧その他の周辺症状	ほぼ毎日	週1~3回	月1~3回	なし	

(5) 現在の介護状況に該当するものに○をつけてください

①身寄りがいない若しくは家族等がいても疎遠であるなど介護する者がいない	
②介護する者はいるが、地理的に離れている若しくは病院等に長期入院の状況にあり、十分な介護が困難	
③介護する者はいるが、要介護状態、病气療養中、障害を有するなどの状況にあり、十分な介護が困難	
④介護する者はいるが、要支援状態、高齢等の状況にあり、十分な介護が困難	
⑤介護する者はいるが、複数の介護や育児を行っているなど、十分な介護が困難	
⑥介護する者はいるが、就業しているため、十分な介護が困難	

(6) 現病名及び既往歴

(現病名)	(既往歴)
-------	-------

(7) 特別な医療行為及び処方薬

(医療行為名・内容・頻度)	(処方薬)
---------------	-------

(8) 特記事項 (在宅及び入所・入院先で生活継続困難な理由) *住居環境、経済状況、介護者の身体的・精神的状況なども含む。

--

※入所申込受付には、入所申込書・入所申込意見書・介護保険被保険者証(写)が必要となります。