

施設入所申込書

特別養護老人ホーム 楽生苑 施設長様

施設記入欄	受付年月日	年 月 日
	受付番号	
	受付者	

入所希望者（申込者）

フリガナ		保 険 者	
氏 名		介護保険被保険者番号	
		要介護度	1・2・3・4・5
生年月日	大正・昭和 年 月 日	認定有効期間	年 月 日～
性 別	男・女・（ ）		年 月 日迄
現住所	〒 電話番号		
本人の居所 (現住所と異なる場合)	<input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> その他 入院・入所先名称（ ） 入院・入所期間（ 年 月～） 退院・退所予定日（ 年 月頃）		
他施設の申込 状況（予定）	<input type="checkbox"/> 貴施設のみ <input type="checkbox"/> 他施設にも申し込む 箇所（予定）		

申込代理者（申込者が本人でない場合は、下の欄にお書きください。）

※今後、連絡が必要な際の連絡先となります。

氏 名		入所希望者との続柄	
住 所	〒 電話番号		

上記入所希望者について、介護保険法に基づき要介護認定を受けましたので、この入所申込者により入所を希望します。なお、入所の待機中に、貴施設以外の入所が決定した場合、又は要介護度や連絡先、介護の状況等について変更があった場合は、速やかに貴施設に連絡いたします。

同意書	入所希望者、介護者を円滑に支援するために、保険者等に、この申込内容を情報提供することに同意します。 年 月 日 氏名 印 (署名の場合は押印省略)		
-----	---	--	--

担当介護支援専門員 氏名	
事業所名	
連絡先電話番号	

優先入所に関する評価票（原則、担当介護支援専門員が記入）

入所希望者氏名						
申込理由	1 . 2 . 3 . (特例入所の場合) <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 知的・精神障害 <input type="checkbox"/> 虐待等 ※別紙様式2-2の理由書を提出 <input type="checkbox"/> 家族等による支援困難かつ居宅サービス利用不可					
本人の意向	<input type="checkbox"/> 積極的に入所を希望している <input type="checkbox"/> 入所に納得している <input type="checkbox"/> 認知症等により確認が困難 <input type="checkbox"/> 本人は入所を望んでいない					
身体的精神的 状 況	要介護度	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5	居宅介護サービスの利用状況 (直近月の利用限度額の割合)			
	認知症高齢者の 日常生活自立度	自立 ・ I ・ II ・ III ・ IV ・ M	<table border="1"> <tr> <td>当月の利用額</td> <td></td> </tr> <tr> <td>区分利用限度額</td> <td></td> </tr> </table>	当月の利用額		区分利用限度額
当月の利用額						
区分利用限度額						
介護者の 状 況	<input type="checkbox"/> 身寄りがない又は介護者がいない。 <input type="checkbox"/> 介護者はいるが著しく介護が困難な状況である。 <input type="checkbox"/> 介護者が病弱又は入院等している。 <input type="checkbox"/> 介護者が複数の高齢者等を介護している。 <input type="checkbox"/> 介護者が高齢の配偶者又は18歳未満である。 <input type="checkbox"/> 就労等で十分な介護ができない者が介護している。 <input type="checkbox"/> 在宅サービス等を利用して何とか介護できている。 <input type="checkbox"/> 著しい問題はない。					
居住環境	<input type="checkbox"/> 住宅改修等を含む福祉用具等を導入しても解決できない問題がある。 <input type="checkbox"/> 住宅改修等を含む福祉用具等を導入すれば在宅生活が継続できる。 <input type="checkbox"/> 介護上著しい問題はない。					
特記事項（意見）	* 優先入所を必要とする特別な事由等があると思われる場合には、以下に記入するか別紙添付してください。					
			記入介護支援専門員氏名			

施設記入欄

評価すべき個別的事項（担当介護支援専門員の特記事項及び聞き取りから）

--

(原則、担当介護支援専門員が記入)

特例入所を必要とする理由書

(該当するものにレ印をしてください。)

入所希望者氏名	
介護保険被保険者番号	
要介護度	<input type="checkbox"/> 1 ・ <input type="checkbox"/> 2
申込の年月日	年 月 日

居宅において日常生活を営むことが困難なことについて、以下のとおりやむを得ない事由があることから、指定介護老人福祉施設等（楽生苑）への特例入所を申し込みます。

居宅において日常生活を営むことが困難である理由（特例入所の該当要件）		
<input type="checkbox"/>	1	認知症であることにより、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられる。 (日常生活自立度 → 自立・I・II・IIa・IIb・III・IIIa・IIIb・IV・M)
<input type="checkbox"/>	2	知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁にみられる。
<input type="checkbox"/>	3	家族等による深刻な虐待が疑われる事により、心身の安全・安心の確保が困難な状態である。
<input type="checkbox"/>	4	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ない、かつ、地域での介護サービスや生活支援の供給が十分に認められない。
具体的な状況		
特記事項		

入所選考に関わる調査票（原則、担当介護支援専門員が記入）

入所希望者氏名	
---------	--

入所希望者本人の状況等（該当するものにレ印をし、（ ）には状況を具体的に記入してください。）

身体状況及び 主な介護内容 (具体的に記入)	移 動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他 () 【 <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 手引き <input type="checkbox"/> 手押し車 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 】
	食 事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他 ()
	排 泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他 ()
	入 浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他 ()
	着脱衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他 ()
	視 覚	<input type="checkbox"/> 見える <input type="checkbox"/> 見えにくい <input type="checkbox"/> 見えない <input type="checkbox"/> その他 ()
	聴 覚	<input type="checkbox"/> 聞こえる <input type="checkbox"/> 聞こえにくい <input type="checkbox"/> 聞こえない <input type="checkbox"/> その他 ()
	意思 伝達	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> どちらともいえない <input type="checkbox"/> その他 ()
認知症におけ る顕著な行動 障害など (具体的に記入)	1 . 2 . 3 .	
現在利用中の 居宅サービ スの内容 (種類と頻度)	<input type="checkbox"/> 訪問介護(週 回) <input type="checkbox"/> 訪問入浴(週 回) <input type="checkbox"/> 訪問看護(週 回) <input type="checkbox"/> 訪問リハ(週 回) <input type="checkbox"/> 通所介護(週 回) <input type="checkbox"/> 通所リハ(週 回) <input type="checkbox"/> 短期入所生活(月 回) <input type="checkbox"/> 短期入所療養(月 回) <input type="checkbox"/> 小希望多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> その他 ()	
医療の状況	<input type="checkbox"/> 点滴の管理 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 疼痛の看護 <input type="checkbox"/> 経管栄養(<input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> 胃瘻) <input type="checkbox"/> じょくそうの処置 <input type="checkbox"/> インスリン(<input type="checkbox"/> 自己注射 <input type="checkbox"/> 介助) <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> その他 () <現在治療中の病気や既往歴など>	
経済的な事情	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	
在宅生活継続 の可能性	<input type="checkbox"/> 極めて困難 <input type="checkbox"/> これ以上居宅サービスを利用しても支障がある <input type="checkbox"/> 検討の余地あり () <input type="checkbox"/> 居宅サービスを利用すれば在宅生活の継続が期待できる <input type="checkbox"/> その他 ()	
その他		