

指定介護老人福祉施設〔特別養護老人ホーム〕等入所申込書兼台帳

| | | |
|------------------------|------|----|
| 申込者連絡先 (家族等代理の方の場合) | 氏名: | 続柄 |
| | 〒 | |
| | 住所: | |
| | 電話番号 | |

| | | | | |
|-------------------|---------|-------------------------|------|-------|
| 施設 記 入 欄 | 申込日 | 年 月 日 | 受付日 | 年 月 日 |
| | 受付番号 | | 担当者名 | |
| | 法人名 | | | |
| | 入所申込施設名 | | | |
| | 保険者への報告 | 不要 ・ 要 報告日: 令和 年 月 日 | | |

今後、郵便物などはこの連絡先にお送りさせていただきます。

| | | | | | | | | | | | | |
|---------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-----------------------------------------------------------|---------|--|--|--|--|--|--|--|
| 本人の状況 | (フリガナ) | | 性別 | | 保険者(番号) | | | | | | | |
| | 氏名 | | 男 女 | | 被保険者番号 | | | | | | | |
| | 生年月日 | 明・大・昭 年 月 日(満 歳) | 要介護認定期間 | 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで ※未申請の方は記入してください 令和 年 月 日 | | | | | | | | |
| | 要介護度 | 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ↓ 要介護1・2は下記のいずれかの該当が必要です <input type="checkbox"/> 認知症があり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みられる。 <input type="checkbox"/> 知的障がい・精神障がい等を伴い、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みられる。 <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・安心の確保が困難な状況である。 <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。 | | | | | | | | | | |
| | 障がいの程度 | <input type="checkbox"/> 療育手帳あり (<input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2) <input type="checkbox"/> 精神障がい者保健福祉手帳あり (<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級) | | | | | | | | | | |
| | 自宅住所 | 〒 | 電話番号 | | | | | | | | | |
| | 現在の居所 ※自宅以外に居住している場合に記入 | <input type="checkbox"/> 自宅で単身 <input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯 <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 他の施設や病院に入っている | | | | | | | | | | |
| | | 施設・病院の名称 | 所在地 | 〒 - | | | | | | | | |
| | | 入所又は入院期間 | 平成 年 月 から (年 か月) | 電話番号 | () | | | | | | | |
| | 入所申込理由 | <input type="checkbox"/> 介護する者がいないため <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」、「障がい」、「疾病」等により十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者が就労していることから、(昼間独居となり常時の)十分な介護が困難なため <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できないため <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できないため <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 () | | | | | | | | | | |
| 本人の入所意向 | <input type="checkbox"/> 入所を希望している <input type="checkbox"/> 迷っている <input type="checkbox"/> 拒否している <input type="checkbox"/> 知らせていない <input type="checkbox"/> 認知力低下により理解困難 | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|--------------|-----------------------|------|-----|
| 本人の状況 | 在宅介護継続期間 | 年 | か月 | 居宅サービスの利用の有無 | □有(下記も記入してください) □無 | | |
| | 申込日前月に利用中のサービス(月分) | 訪問介護 | 回/月 | 訪問入浴 | 回/月 | 訪問看護 | 回/月 |
| | | 通所介護 | 回/月 | 短期入所生活・療養介護 | 日/月 | 訪問リハ | 回/月 |
| | | その他 | | | | | |
| | 入所希望時期 | □早期希望(1~3か月内) □6か月以内 □1年以内 □1年以上()年以内 | | | | | |
| | 利用している居宅介護支援事業所名 | 電話番号: | 担当ケアマネジャー名 | | | | |
| | 医療の状況 | <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インスリン自己注射 <input type="checkbox"/> ストーマ(人工肛門)処置 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> その他() 現在治療中の病名 _____ 受診している医療機関 _____ 【特記事項】 | | | | | |
| 他施設への申込状況 | <input type="checkbox"/> 当該施設のみ申込み <input type="checkbox"/> 他の施設(特養・老健・療養型・病院)にも申込んで(予定も含む) いる () 箇所) 既に申込んでいる施設名 () () 今後申込む予定の施設名 () () 特養待機期間(他施設も含む) _____年 _____か月 | | | | | | |
| 主たる介護者の状況 | 家族構成 | □親 □配偶者 □子 □孫 □その他() 計 人 | | | | | |
| | (フリガナ) | 性別 | 年齢 | 本人との関係 | 続柄() □同居 □別居 | | |
| | 主たる介護者の氏名 | 男・女 | 満歳 | | 住所: 電話番号: () | | |
| | 意見等(介護等で困っていること) | (注: 身体的状況(健康状態)や仕事の有無(週の勤務日数及び時間)などを記入してください。) | | | | | |
| 同居以外の親族・援助者の有無について | 1. 子 2. 兄弟・親戚等 3. 親族はないが援助者あり 4. 親族・援助者なし | | | | | | |

- 注1 介護保険被保険者証・介護保険要介護認定調査票基本調査・直近3か月分のサービス利用表及び別表の写しを添付のこと
- 注2 要介護度など要件や他施設へ入所されるなどの状況に変化があった場合は、すぐに施設へお知らせください。
- 注3 必要に応じて申込後の状況について、施設から確認や連絡をすることがあります。
- 注4 入所希望時期については、入所決定に際して、なんら影響を与えるものではありませんので、ありのままご記入ください。

指定介護老人福祉施設〔特別養護老人ホーム〕入所選考調査票

| | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------|--|---------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 入所申込者(本人)氏名 | | 被保険者番号 | | | | | | | | | | | | |
| 受付番号 | | 保険者(番号) | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | |
|----------------------------------------------------------------|----|-------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|-------------------|----|
| 事業所名 | | 連絡先電話番号 | | | | |
| 担当ケアマネジャー氏名 | | 職種 | | | | |
| 基本的評価基準 | | | | | | |
| ケア ア マ ネ ジ ヤ ー 月 見 欄 日 入 日 | 点数 | 要介護度 | 介護者の有無 | 在宅サービスの利用率 | 地域性 | 合計 |
| | | 3・4・5 1・2 (特例入所対象) | ・単身 ・高齢者のみ世帯で介護者が要 支援以上の世帯 ・その他の世帯 | 在宅サービスの利用率 % □未利用 □入院・入所中 | 同一市町村・ 圏域内、隣接市 | 点 |
| 【本人の心身の状況】 | | □十分なケア(ナイトケア等)が受けられない | | | | |
| □常時の介護や見守りが必要である | | □病院等の入所者で帰る家がない | | | | |
| □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 | | □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 | | | | |
| □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 | | □その他 () | | | | |
| □多少の一部介助や見守りを必要とする | | 【住環境】 | | | | |
| □ほとんど自立による日常生活が可能である | | □居住環境の事情により十分な介護が困難(住居が狭い等) | | | | |
| □その他 () | | □在宅サービスの利用に必要な住環境に支障がある | | | | |
| 【介護者の状況】 | | □施設や病院から退所を求められている | | | | |
| □介護者が全くない | | □その他 () | | | | |
| □介護者がいるが他に介護や育児が必要な者がいる | | 【参考項目】 | | | | |
| □介護者はいるが十分な介護が困難(高齢・障がい・疾病・ 就労・その他:) | | ・家族の負担感 | | | | |
| □介護者が遠隔地にいる | | □介護疲れがひどい | | | | |
| □介護者が近隣にいる | | □殆どかかわっていない | | | | |
| □同居の介護者がいる(人) | | □在宅サービスを利用しているが介護疲れがある | | | | |
| □その他 () | | □在宅サービスの利用にて順調 | | | | |
| 【在宅生活継続の可能性】 | | □在宅サービスの利用ないが順調 | | | | |
| □極めて困難 | | ・意思疎通 | | | | |
| □在宅サービスを利用しても在宅生活に支障がある | | □慣れた人でも意思疎通は困難 | | | | |
| □検討の余地あり | | □家族など慣れた人なら問題はない | | | | |
| □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 | | □特に問題はない | | | | |
| □その他 () | | ・入所について | | | | |
| 【在宅生活に支障のある状況】 | | □強く拒否している □拒否傾向 | | | | |
| □近くに在宅サービス事業者がなくその利用が困難 | | □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】 | | | | | | |

入所申込みに係る同意書

指定介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）等入所の申込みにあたり、その手続きについて説明を受け、下記の事項について同意します。

記

- 入所申込みを受けた施設が介護保険の保険者[市町村等]（以下「介護保険者」という）に対し、本申込書の内容及び、施設入所選考に必要な情報を提供すること

- 介護保険者が介護保険サービスの提供に際して、必要な情報を関係する機関又は介護サービス事業者に提供すること

【要介護1又は2で特例入所の要件に該当する人のみ】

- 介護保険者が施設入所選考に際して、保有する情報や、関係する機関又は介護サービス事業者から取得した情報を、施設に対し提供すること

令和 年 月 日

入所申込者（本人） 氏名： _____

家族等代理の方 氏名： _____

主たる介護者の方 氏名： _____

個別状況確認書

★この書類は、入居選考における個別状況把握のために重要資料となりますので、できるだけ詳細にご記入下さい。

【記入年月日】 _____ 年 _____ 月 _____ 日 【記入者氏名】 _____ 【続柄】 _____

| | | | |
|-------------|--------|---------|---------------|
| 入居希望者 氏名 | (フリガナ) | 生年月日 | 明治 大正 昭和 |
| | | | 年 月 日 (歳) |
| 入居希望者住所 | 柏原市 | TEL | |
| 要介護度 | | 市民税課税状況 | 非課税・課税 |
| | | 生活保護受給 | 無 有 |

【本人の状況】

| 項目 | 状況 ※該当する内容に○をして下さい | 施設への申し送り・現状の介護内容 |
|-------|--------------------|--------------------------------|
| 視力 | 普通 見えにくい 見えない | |
| 聴力 | 普通 やや難聴 難聴 | |
| 意思疎通 | 問題なし やや困難 困難 | |
| 寝返り | 自立 つかまれば可 できない | |
| 立ち上がり | 自立 つかまれば可 できない | |
| 立位保持 | 自立 支えがあれば可 できない | |
| 歩行 | 自立 伝い歩き 介助にて歩行 困難 | |
| 移動 | 歩行 杖 歩行器 車椅子 | |
| 食事 | 自立 一部介助 全介助 | |
| 嚥下 | 問題なし やや困難 困難 | |
| 入浴場所 | 自宅で入浴 自宅外で入浴 | ※頻度 _____ 回/週 ※利用事業所名 _____ |
| 入浴介助 | 自立 一部介助 全介助 | |
| 着脱衣 | 自立 一部介助 全介助 | |

| | | | | | | |
|--------|------------------|----------------------------|-------|--------|---------------------|-----------|
| 排泄場所 | トイレ ポータブルトイレ ベッド | | | | | |
| 排泄介助 | 不要 一部介助 全介助 | | | | | |
| オムツ類使用 | 無 有 | ※ オムツ種類 | 紙パンツ | 尿取りパッド | 紙オムツ（テープ止め） | |
| | | ※ 使用頻度 | 外出時のみ | 夜間のみ | 終日使用 | |
| 尿意 | 無 有 | 便意 | 無 有 | 便秘 | 無 有 | ※便秘時の対応方法 |
| 認知症 | 無 有 | ※認知症症状又は対応で困っていることをご記入下さい。 | | | | |
| 主治医 | [医療機関名] | | | [担当医師] | | |
| 既往歴 | 【疾病名】 | | 【発症年】 | | ※既往歴・現在治療中の疾病に関する特記 | |
| | | | 年 月 | | | |
| | | | 年 月 | | | |

【家族連絡先（1 番目）】

| | | | |
|--------|--|-----------|--|
| 氏名 | | 入居希望者との続柄 | |
| 住所 | | | |
| 自宅電話番号 | | 携帯電話 | |

【家族連絡先（2 番目）】

| | | | |
|--------|--|-----------|--|
| 氏名 | | 入居希望者との続柄 | |
| 住所 | | | |
| 自宅電話番号 | | 携帯電話 | |

【その他、施設への申し送り】

| |
|--|
| |
|--|