

入 所 申 込 書

特別養護老人ホーム

おおたわら風花苑 施設長 殿

申込者

申込日	年 月 日
受付日	年 月 日
担当者名	

住所	〒
フリガナ 氏名	入所希望者との関係 ()
電話	自宅 携帯

↑連絡のつきやすい番号をご記入をお願いします。

申込先 (入所施設名)		保 険 者		
入 所 希 望 者 の 状 況	(フリガナ)	性別	被保険者番号	
	氏 名	男 女	要介護度	
	生 年 月 日	大・昭 年 月 日 () 歳	要介護 認定期間	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 年 月 日から 年 月 日まで
	現 住 所	〒 TEL		
	現 況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人で暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 老人保健施設などの施設に入っている 「施設や病院等に入っている方」は記入して下さい。 ◇施設名又は病院名 _____ ◇所在地 _____ ◇入所又は入院時期： 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"/> 介護する者がいないため。 <input type="checkbox"/> 介護する者が「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・精神的負担が大きく、十分な介護が困難なため。 <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"/> 要介護1又は要介護2の方は、備考欄の備考欄の事項を参考に、居宅において日常生活を営むことが困難なやむを得ない事由を具体的に記載してください。			
	<input type="checkbox"/> 認知症である者であって、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等が頻繁に見られること。 <input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害等を伴い、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等が頻繁に見られること。 <input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難な状態であること。 <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こと。 <input type="checkbox"/> その他 ()			

→裏面へ続く

	医療の状況	<input type="checkbox"/> その他 <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】
	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 <input type="checkbox"/> 既に申し込んでいる他の施設名 () () <input type="checkbox"/> 今後申し込む予定の他の施設名 () ()
説明 確 認 欄	<p>私は、入所申込みに際し、入所申込みから入所契約までの入所決定方法について、施設担当者又は、介護支援専門員から説明を受けました。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">氏 名 _____ 印</p>	
同 意 書	<p>1. 入所申込者及び家族の状況把握を行うため、個人情報の取扱いについて市町村、担当ケアマネージャー、他の介護保険施設等からの情報収集を施設が行うことに同意いたします。</p> <p>2. 入所のための待機期間中に、貴施設以外の施設に入所が決定した場合、また要介護度や連絡先、介護の状況等について変更がありました場合は、速やかに貴施設に連絡いたします。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">氏 名 _____ 印</p>	

入所に係る生活相談員等意見書

入所申込者	住所				
	氏名				
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日			
	認定有効期間	年 月 日～ 年 月 日			

1. 本人の状況

要介護度	5	4	3	2	1	
認知症の日常生活自立度	M	IV	III	II	I	自立

2. 在宅サービス利用度

在宅サービスの利用割合	80%	60%	40%	20%以上	20%未満
-------------	-----	-----	-----	-------	-------

3. 主たる介護者・家族等の状況の評価

世帯の状況		独居	高齢者世帯	その他	
①	主たる介護者の年齢・続柄	続柄()	70歳以上	60歳以上	60歳未満
	補足事項				
②	介護者の介護負担	非常に重い	重い	やや重い	普通
	補足事項				
③	介護者の障害や疾病	無し・有り	(介護困難)	多少介護困難	介護可能)
	補足事項				
④	介護者の就労	8時間以上又は高齢で就労不能	4～8時間	4時間未満	無し
	補足事項				
⑤	当該介護者以外に対する介護や看護、育児の必要性	常時の	半日	臨時	無し
		介護・看護・育児	介護・看護・育児	介護・看護・育児	
	補足事項				
⑥	介護者の介護の関わり	介護拒否	非常に消極的	やや消極的	普通
	補足事項				
⑦	他の同居介護補助者	ほとんどなし	随時あり	常時あり	
	補足事項				
⑧	別居血縁者介護協力	ほとんどなし	随時あり	常時あり	
	補足事項				
⑨	近隣者等の介護協力	ほとんどなし	随時あり	常時あり	
	補足事項				
⑩	在宅生活に必要な住環境の状態	非常に支障がある	支障がある	やや支障がある	特に問題なし
	補足事項				

事業所名 _____ 住所 _____
 連絡先 TEL _____ 記入者名 _____ 印 _____

