

指定介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)入所申込書

| | | | |
|-----|---|---|---|
| 申込日 | 年 | 月 | 日 |
| 受付日 | 年 | 月 | 日 |

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。

| | |
|----|-----------|
| 〒 | - |
| 住所 | |
| 氏名 | |
| 電話 | () |

| | |
|----------------------------|----------------------------|
| ※特例入所の事由の有・無 | |
| <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 |

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 年 月 日から 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 : _____ 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 <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"/> _____ 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 <input type="checkbox"/> 精神障害 | | | |
| 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: _____) 【介護をしているうえで困っていること等】 | | | |
| 意 見 | | | | | |
| 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。 _____ 年 月 日 本人又は介護者の氏名 : _____ 印 | | | | | |

※「特例入所の事由の有・無」欄で「有」となる場合は裏面にその事由について記載してください。
 ※「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 | |

| | | |
|-------------|--|---------------|
| 事業所名 | 連絡先電話番号 | |
| 担当ケアマネジャー氏名 | 職 | |
| 要介護度 | 介護者の有無 | 在宅サービスの利用率 |
| 1・2 | 単身・ 正常・I・IIa・IIb・ IIIa・IIIb・IV・M | % |
| 3・4・5 | 介護者有 | □未利用 □入所(入院)中 |
| | 点 | 点 |
| | | 合計 |
| | | 点 |

ケ ア マ ネ ジ ャ ー 記 入 欄

年 月 日 (記入日)

【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

嚥下ぎりにより食事・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が必要とする ほとんど自立による日常生活が可能である

視覚、聴覚若しくは言語機能に重度の障害がある 重度の知的又は精神障害がある

その他()

【介護者の状況】

介護者が全くない 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】

まわめて困難 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

家族等による深刻な虐待が疑われる

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 同意している 強く望んでいる

強く拒否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】

| | |
|---------------------|--|
| 医療の必要性 | |
| 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 | |
| 家族の介護負担感 | |
| 住環境の状況 | |
| その他 | |
| 年 月 日 (記入日) | |
| ケアマネジャー記入欄 | |

| | | |
|-----------------|-----------------------|---|
| 入所申込書受付日： 年 月 日 | 受付番号 | 入所日： 年 月 日 |
| 要介護度 | 介護者の有無 | 在宅サービスの利用率 |
| 1・2 | 介護者の有無 単身・ 介護者有 | % |
| 3・4・5 | | <input type="checkbox"/> 未利用 <input type="checkbox"/> 入所(入院)中 |
| | 点 | 点 |
| (評価すべき個別的事項等) | | |

| | | |
|---------------|-----------------------|---|
| 年 月 日 (記入日) | 施設 | 合計 |
| 要介護度 | 介護者の有無 | 在宅サービスの利用率 |
| 1・2 | 介護者の有無 単身・ 介護者有 | % |
| 3・4・5 | | <input type="checkbox"/> 未利用 <input type="checkbox"/> 入所(入院)中 |
| | 点 | 点 |
| (評価すべき個別的事項等) | | |

| | | |
|---------------|-----------------------|---|
| 年 月 日 (記入日) | 施設 | 合計 |
| 要介護度 | 介護者の有無 | 在宅サービスの利用率 |
| 1・2 | 介護者の有無 単身・ 介護者有 | % |
| 3・4・5 | | <input type="checkbox"/> 未利用 <input type="checkbox"/> 入所(入院)中 |
| | 点 | 点 |
| (評価すべき個別的事項等) | | |

診療情報提供書

宛先：所属

氏名

| | | | |
|--------------------------------|---|---------------------------|--|
| フリガナ 利用者氏名 | (性別 男・女) | | |
| 住所 | 生年月日：明治・大正・昭和 年 月 日生(満 歳) 電話番号 | | |
| 認知症 | 自立・I・II a・II b・III a・III b・IV・M | 自立J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2 | |
| 1 障害の原因と なっている傷病名 | ・主 (発症 年 月 日) ・副 | | |
| 2 既往歴 治療中の傷病名 | ペースメーカー 有 ・ 無 | | |
| 3 現在の与薬 治療内容 | | | |
| 4 四肢及び運動機能障害 | | | |
| 5 胸部 X線検査 (年 月 日) | 【所見】 ・異常なし ・異常あり ・検査できず | | |
| 6 心電図 (年 月 日) | 【所見】 ・異常なし ・異常あり ・検査できず | | |
| 7 皮膚疾患 (年 月 日) | ・異常なし ・異常あり(疑を含む) 疥癬(部位) 湿疹(部位) ※疥癬の既往 有 ・ 無 その他(部位) 褥瘡(部位) | | |
| 8 血液検査 (年 月 日) | TP () g/dl Alb () g/dl T.chol () mg/dl BS () mg/dl UA () mg/dl GOT(AST) () IU/l GPT(ALT) () IU/l BUN () mg/dl CRE () mg/dl WBC () /mm ³ RBC () 万/mm ³ Hb () g/dl Ht () % CRP () mg/dl 糖尿歴あればH1A1Cを記入 | | |
| 9 感染症 | HBsAg(-・+・未), HCVAb(-・+・未), WA氏(-・+・未) MRSA (-・+・未), Tbの既往(-・+) | | |
| 10 介護サービスに対する 留意事項(食事・入浴など) | DM の場合、摂取カロリ－をお知らせ下さい () | | |

平成 年 月 日

| |
|-------|
| 所在地 |
| 医療機関名 |
| 医師名 |