

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 <small>(家族等代理の方の場合)</small>	氏名：	続柄
	〒	
	住所：	
	電話番号 (携帯電話)	

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	社会福祉法人 福住会		
	入所申込施設名	特別養護老人ホーム 福住光明苑		
	保険者への報告	不要 ・ 要 報告日： 令和 年 月 日		

今後、郵便物などは申込者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	平成 / 令和 年 月 日 から 平成 / 令和 年 月 日まで	介護認定申請 予定日	※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。				
	介護保険負担限度額	<input type="checkbox"/> 申請済( <input type="checkbox"/> 第4段階 <input type="checkbox"/> 第3段階② <input type="checkbox"/> 第3段階① <input type="checkbox"/> 第2段階 <input type="checkbox"/> 第1段階 ) <input type="checkbox"/> 未申請 ※参考：食費の部分が第3段階②(1360円)・第3段階①(650円)・第2段階(390円)・第1段階(300円)				
	自宅住所(住民票)	〒	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 <input type="checkbox"/> その他				
	入所申込理由	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	( )	
	本人の入所意向	<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	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(下記も記入してください)		
	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	<input type="checkbox"/> 早期希望(1~3か月内) <input type="checkbox"/> 6か月以内 <input type="checkbox"/> 1年以内 <input type="checkbox"/> 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 _____ <b>【特記事項】</b>					
	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( )( ) 今後申込み予定の施設名( )( ) 特養待機期間(他施設も含む) 年 月					
	生活状況	起居・立位	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
		移動・移乗	<input type="checkbox"/> 独歩(何も要らない) <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー				
食事		介助: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 主食: <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> ミキサー            副食: <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> ソフト <input type="checkbox"/> ゼリー <input type="checkbox"/> ミキサー					
		排泄	介助: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 方法: <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ オムツ等: <input type="checkbox"/> 使用していない <input type="checkbox"/> 紙パンツ <input type="checkbox"/> パッド <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> その他				
入浴		介助: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 方法: <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> リフト浴 <input type="checkbox"/> 特浴 <input type="checkbox"/> その他( )					
睡眠		状態: <input type="checkbox"/> よく眠れる <input type="checkbox"/> 時々眠れない <input type="checkbox"/> 眠れない 就寝場所: <input type="checkbox"/> 和室 <input type="checkbox"/> 洋室 寝具: <input type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> 布団 <input type="checkbox"/> その他( ) 睡眠時間:起床時間( )時頃            就寝時間( )時頃					
身体状況	視力	<input type="checkbox"/> 見える <input type="checkbox"/> 見えにくい <input type="checkbox"/> 見えない			メガネ: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
	聴力	<input type="checkbox"/> 聴こえる <input type="checkbox"/> 聴こえにくい <input type="checkbox"/> 聴こえない			補聴器: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
	発語	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや不自由 <input type="checkbox"/> 不自由					
	理解力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 分かりにくい <input type="checkbox"/> わからない					
	身長	cm		体重	Kg		

本人の状況	認知症	□無 □有 (□軽度 □中度 □重度) ※具体的にあれば枠内に記入ください				
	問題行動	徘徊	□無 □有	( )		
		不潔行為	□無 □有	( )		
		異食行為	□無 □有	( )		
		暴力行為	□無 □有	( )		
その他	( )					
性格	1 朗らか 2 親しみやすい 3 几帳面 4 凝り性 5 頑固 6 短気 7 無口 8 わがまま 9 融通がきかない 10 その他 ( )					
住環境	自宅	□持ち家 □借家 □ハイツ・マンション等 ( 階/エレベーター □有 □無)				
	住宅改修	□可能 □不可能 □改修済 ( )				
	立地等	在宅サービスに問題点 □有 □無 ※送迎や訪問、車両通行等に不具合があれば具体的に ( )				
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 住所：〒	
	主たる介護者の氏名	男・女	満歳		電話番号： ( )	
	就労状況など	□就労中 □共働き □就業していない □他にも介護者がいる □育児 □その他 ( )				
	介護等で困っていること・悩みなど	※別の用紙に書いて頂いても結構です。				
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						
同意欄	<p>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、下記の事項について同意します。</p> <p>1. 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</p> <p>2. 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</p> <p>3. (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</p> <p>令和 年 月 日 氏名： _____ 印</p>					

注1 可能であれば、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してください。

注2 入所待機中に、当施設以外の施設に入所が決定した場合、または要介護度や連絡先、介護保険の状況等について変更や変化があった場合は、速やかにご連絡をお願いします。

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。

施設 記入 欄	年 月 日 (記 入 目)	優先入所 検討票	説明： <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済（説明者：                    ） <input type="checkbox"/> 不明 提出： <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済（占有率：                    %） <input type="checkbox"/> 不明
		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	

入所申込書受付日	年 月 日	受付番号		入所日	年 月 日
保険者への報告	要 ・ 不要 年 月 日	保険者から の情報提供	有 無	年 月 日	

施設 記入 欄	年 月 日 (記 入 目)	要介護度	認知症高齢者の日常生活自立度	介護者の有無	在宅サービスの利用率	地域性	判定
		1・2・ 3・4・5	I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・ IV・M・該当なし	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 介護者有	% <input type="checkbox"/> 未利用 <input type="checkbox"/> 入院・入所中	同一市町村 圏域内、隣接市	A・B・C
		【評価すべき個別的事項等】					

施設 記入 欄	年 月 日 (記 入 目)	要介護度	認知症高齢者の日常生活自立度	介護者の有無	在宅サービスの利用率	地域性	判定
		1・2・ 3・4・5	I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・ IV・M・該当なし	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 介護者有	% <input type="checkbox"/> 未利用 <input type="checkbox"/> 入院・入所中	同一市町村 圏域内、隣接市	A・B・C
		【評価すべき個別的事項等】					