

特別養護老人ホーム 入所申込書

申込日： 年 月 日

特別養護老人ホーム
施設長

様

入所申込者

ふりがな		性別	保険者	市・町	
氏名		男・女	被保険者番号		
生年月日	明・大・昭 年 月 日		要介護度	1・2・3・4・5	
認定有効期間	平成 年 月 日 ~ 年 月 日		電話番号	()	
現住所	〒 -				

〔必要添付書類〕

- ①介護支援専門員等意見書（様式2） ②認定調査票（基本調査）（写）
③直近3ヵ月分のサービス利用票（写）及び別表（写）

申込代理者（申込者が本人でない場合は、下の欄も記入してください。）

氏名		入所申込者との続柄	
住所	〒 - 電話番号 ()		

上記入所申込者について、この入所申込書により入所を希望いたします。

なお、入所のための待機中に、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。

時 期	早急・平成 年 月以降		申込予定： 貴施設のみ・他にも申込み ヶ所（予定）			
現 況	☐ 1 自宅で一人で暮らしている。 ☐ 2 自宅で家族と暮らしている。 ☐ 3 老健等施設や病院に入っている。 ※「 ☐ 3 老健等施設や病院に入っている。」に“✓”を入れた場合は下記についても記入してください。 ☐ 施設名又は病院名： ☐ 入所又は入院時期： 年 月 日から入所・入院している。					
入所希望理由 (要介護3～5の方 は、右記の該 当項目を全て選 んでください。)	☐ 1 施設入所により安心した生活を送りたい ☐ 2 寝たきりなどにより、食事、排泄、入浴等日常生活全般に介助が必要 ☐ 3 認知症などにより常時の見守り、介護が必要 ☐ 4 施設や病院等から退所を求められているが、自宅での生活が困難 ☐ 5 介護者がいない、介護者が入院等で介護できない ☐ 6 介護者が、高齢、疾病、育児、就労、別居等のため、介護が困難 ☐ 7 利用したい在宅サービスが十分でない（夜間訪問介護など） ☐ 8 介護保険の限度額を超える等、経済的負担が大きい ☐ 9 住宅が介護に適さない（狭い、改修不可など） ☐ 10 住宅環境が在宅サービス利用に適さない（立地・地形上など） ☐ 11 その他の理由（具体的にお書き下さい）					
特例入所該当理由 (要介護1又は要 介護2の方は、右 記の該当項目を全 て選んでください。)	☐ 1 認知症・知的障害・精神障害等により常時の見守り・介護が必要 ☐ 2 介護者がなく、かつ、地域での介護サービスや生活支援が十分でない ☐ 3 介護者が、高齢、疾病、育児、就労、別居等のため介護が困難であり、かつ、地域での介護サービスや生活支援が十分でない					
主たる介護者	ふりがな		性別	本人との関係	生年月日	明・大・昭 年 月 日
	氏 名		男・女		電話番号	()
	同居の区分	☐ 同居している ☐ 別居している (住所：)				
	就労状況等	☐ 就業中 ☐ 育児 ☐ 高齢 ☐ 疾病 ☐ その他 ()				
	意見	【介護をしている上で困っている事等】				
同意書	・申込施設が担当の介護支援専門員や入所申込者の介護保険の保険者である市町（以下、保険者市町という。）から入所判定に必要な入所申込者等の情報を受けることに同意します。 ・入所申込者の入所判定や年1回県と保険者市町が合同で実施する特別養護老人ホーム入所申込状況調査や今後の保険者市町の施策の参考とするため、この申込書及び介護支援専門員等意見書の内容を保険者市町に報告することに同意します。 ・本入所申込書の有効期限は受付日から5年間（ただし、この間に介護状況変更連絡書を提出した場合には、その受付日から、さらに5年間有効期限が延長となります。）となりますが、申込みから2年経過した後、施設からの連絡に対して応答がなく施設が入所希望者の状況を把握することが出来ない場合には、申込みを無効とすることに同意します。					
	令和 年 月 日	氏 名				印

ななくさ白寿荘 入所申込み 調査表

生活状況	移動	歩行・杖・歩行器・車いす・ストレッチャー		介 助	自立・一部介助・全介助		
	食 事	主) 普通・かゆ・ミキサー・()		介 助	自立・一部介助・全介助		
		副) 普通・一口大・きざみ・ミキサー					
	排泄	トイレ・ポータブル・尿器・便器・おむつ		介 助	自立・一部介助・全介助		
入 浴	介助浴・リフト座浴・機械浴		介 助	自立・一部介助・全介助			
身体状況	視 力	普通・見えにくい・見えない	身 長	cm		体 重	kg
	聴 力	普通・聴こえにくい・聴こえない	認知症	無・有()			
	発 語	普通・やや不自由・不自由	精神状態	安定・不安定(幻覚・興奮・攻撃・他)			
	理 解 力	普通・分かりにくい・分からない	問題行動	無・有(徘徊・不潔行為・他)			
	障害者手帳の所持		無・有(第 種 級 障害名 :)				
健康状況	現疾患			既往症			
	主治医	(病院名)		(主治医氏名)			
	医療の状況	経管栄養・胃ろう・カテーテル・人工肛門・在宅酸素・その他() ※当施設では、インスリン注射対応は実施していません。					
	感染症	無・有()		アレルギー	無・有()		
	皮膚刺激	普通・弱い		麻 痺	無・有()		
	便秘	無・有(服薬:無・有)		拘 縮	無・有()		
	睡眠	良・不眠(服薬:無・有)		褥 瘡	無・有()		
	嚥 下	異常なし・むせる・つめる		湿 疹	無・有()		
	入れ歯	無・有(上・下)		口腔保清	無・有()		
【介護上の悩み・困っていること】 ※別の用紙にお書き頂いても結構です。							

(様式 2)

記入日： 年 月 日

介護支援専門員等意見書

入所申込者(本人)氏名: _____

記載者

氏名：

所属：

職種：

附錄

※ この意見書は、入所申込時点で関わりのある介護支援専門員や施設・病院職員等の専門職（相談員・看護師等）や地域包括支援センターの職員等が入所申込者の現在の状況を、把握されている範囲でご記入ください。

(1) 認知症の周辺症状（認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む）

①発生頻度

☐非常に多い ☐時々ある ☐少しある・稀にある ☐なし

②症状(該当する項目全てにチェック)

☐幻視・幻聴 ☐昼夜逆転 ☐暴言暴行 ☐大声を出す ☐介護に抵抗

☐常時の徘徊 ☐火の不始末 ☐不潔行為 ☐異食行動 ☐自傷行為

☐性的問題行動 ☐その他()

(2) 主たる介護者・家族等の状況

☐身寄りがいない、もしくは家族等がいても疎遠であるなど介護者がいない。

☐介護者はいるが、地理的に離れているもしくは病院等に長期入院の状況にあり、十分な介護が困難。

☐ 介護者はいるが、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：)

☐ 介護者が近隣にいる。

☐同居の介護者がいる。(人)

☐その他（ ）

(3) 主たる介護者の負担感

☐介護疲れがひどい☐在宅サービスを利用しているが介護疲れがある☐在宅サービスの利用にて順調

☐在宅サービスの利用ないが順調

☐ 殆ど関わっていない

(4) 在宅生活に支障がある状況

- ☐ 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。
☐ 施設や病院から退所(院)を求められている。
☐ 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等経済的理由。
☐ その他 ()

(5) 医療的処置の状況

- ☐ 経鼻経管栄養 ☐ 胃ろう又は腸ろう ☐ 在宅酸素 ☐ インシュリン
☐ 人工肛門 ☐ カテーテル ☐ その他 ()

(6) 障害者手帳の所持

①知的障害

- ☐療育手帳の所持 ☐あり ☐なし
☐障害区分 ☐A ☐B 1 ☐B 2

②精神障害

- ☐精神障害者保健福祉手帳の所持 ☐あり ☐なし
☐障害区分 ☐1 級 ☐2 級 ☐3 級

(7) 特列入所の該当理由 (要介護1又は2と認定された入所申込者についてのみ記入)

- ☐ 認知症である者であって、認知症高齢者の日常生活自立度がⅡb以上であり、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思の疎通の困難さが頻繁に見られること。
☐ 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・行動や意思の疎通の困難さ等が頻繁に見られること。
☐ 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。

(8) 特記事項(在宅または入院・入所先で生活継続が困難である理由等)

[]