

(別紙1)

受付日	年	月	日
-----	---	---	---

入所申込書

社会福祉法人県央福祉会
特別養護老人ホーム

- つかのめの里
- うらだての里
- おおじまの里

施設長様

※入所希望施設に☑を入れて下さい

申込者

住所	〒 -		
(ふりがな) 氏名	(入所希望者との続柄)		
電話番号	()		

貴施設に入所したいので、次のとおり申し込みます。

入所希望者 氏名	(ふりがな)	性別	男・女		
		生年月日	大正・昭和	年	月 日
現住所	〒 -			電話番号 ()	
介護保険	被保険者番号				保険者名
	要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 特例入所対象者(<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2)			
	認定期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
健康保険	(種別) <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 組合 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> その他				
年金等	(種別) <input type="checkbox"/> 国民 <input type="checkbox"/> 厚生 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 遺族 <input type="checkbox"/> 恩給 <input type="checkbox"/> その他				
	(金額)	年額合計 /万円			
障害者 手帳等	手帳の種類 <input type="checkbox"/> 身体障害 <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉 (障害名:)				
	判定 _____ 級(度) 年 月 日 交付				
現況	<input type="checkbox"/> 自宅(単身・同居)				
	<input type="checkbox"/> 施設(病院)に入所(入院)中 名称 _____ (年 月 日~)				
医療の状況	<input type="checkbox"/> 胃瘻栄養 <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ(人工肛門) <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> その他()				
	現在治療中の病気				
	病名		入院・通院医療機関名		期間
					年 月 日 ~
					年 月 日 ~
既往症					
病名		入院・通院医療機関名		期間	
				年 月 日 ~ 年 月 日	
				年 月 日 ~ 年 月 日	
				年 月 日 ~ 年 月 日	
入所希望者	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 年 月頃までには入所したい ※他法人施設の入所申込状況 <input type="checkbox"/> 他の施設には申込みをしていない <input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込んでいる(今後の申込み予定も含む) (他の施設名) _____				

担 当 介護支援専門員	氏 名		連 絡 先	電 話	()
	事業所名				

説明確認及び 情報収集に係 る同意	<p>私は、貴施設への申込みに際し、入所申込から入所契約までの手続き及び入所順位の決定方法について施設から説明を受けました。</p> <p>なお、貴施設が入所順位決定のため必要な範囲内において、わたし(入所希望者及びその家族)に関する情報を、市町村、担当地域包括支援センター、担当居宅介護支援事業所、他の介護保険施設及び医療機関から収集することに同意します。</p> <p>また、特例入所対象者(要介護1又は2)として申込む場合は、貴施設から市町村に、本入所申込みに係る情報を提供し、その意見を求めることに同意します。</p>
	<p>令和 年 月 日</p> <p>入所希望者 _____</p> <p>入所希望者の家族 _____</p>

作成年月日 令和 年 月 日

(別紙2) 介護支援専門員等意見書

入所希望者氏名

1 本人の状況

要介護度	5	4	3	2～1
------	---	---	---	-----

認知症による不適応行動	非常に多い	やや多い	少しあり	なし
-------------	-------	------	------	----

2 在宅サービスの利用度

在宅サービスの利用限度割合	60%以上	50%以上	30%以上	30%未満
---------------	-------	-------	-------	-------

	サービス区分	サービス利用機関名	利用状況
現在利用内容	訪問介護		回/週
	訪問看護		回/週
	通所介護		回/週
	通所リハ		回/週
	短期入所		日/1か月
	小規模多機能		
	定期巡回		
	その他		

3 主たる介護者・家族の状況

①世帯の状況	独居世帯	高齢者のみの世帯	その他()
②主たる介護者の生年月日・続柄	S・H	年 月 日	____歳 (続柄:)
③主たる介護者の障がい・疾病	なし	あり()	介護は困難・多少は介護・介護は可能
④主たる介護者の就労	なし	あり(職種等:)	勤務 日/週、 時間/日
⑤主たる介護者の育児・家族の病気	なし	あり	常時・半日・臨時
⑥他の同居介護補助者	なし	あり(続柄:)	日/週程度
⑦別居血縁者の介護協力	なし	あり(続柄:)	日/週程度

※独居の場合は、①と⑦のみ記入

4 特に記載すべき事項

※ 本人や家族の状況が1～3でわかりにくい場合に記入

介護支援事業所			
担当介護支援専門員		電話番号	()

【作成上の留意事項】

1 「認知症による不適応行動」

認定調査における行動に関連する項目のうち

「夜間不眠や昼夜が逆転している」・「1人で外に出たがり目が離せない」・「火の始末や火の元の管理ができない」・「ろう便行為等の不潔行為がある」・「異食行為がある」

に関する項目に「ある」又は「ときどきある」が1つ以上ある場合で

「非常に多い」・・・毎日ある場合 / 「やや多い」・・・週に1～2回以上ある場合

「少しあり」・・・月に1～2回程度ある場合

を目安として判断する。

2 在宅サービスの利用度

サービス利用票別表に基づく支給限度基準額に対するサービス利用額の割合をいう。

(サービス利用単位数/区分支給限度基準額単位数×100)

算定の期間については概ね3か月を標準とし、平均利用割合により判断する。

算定の対象となるサービスは、次のとおりとする。

訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、通所介護、通所リハビリテーション
 短期入所生活介護、短期入所療養介護、福祉用具貸与、特定施設入居者生活介護、夜間対応型訪問介護
 認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護
 看護小規模多機能型居宅介護(複合型サービス)、認知症対応型共同生活介護

3 「②介護者の障がい・疾病」

「介護は困難」・・・介護者が障がいや疾病のため要介護者の排泄、入浴、移動、着替え、食事などのADL全般の援助が困難な場合ADL全般の援助が困難な場合

「多少は介護」・・・介護者が障がいや疾病のため概ね2つ程度のADL援助ならばできる場合

「介護は可能」・・・介護者に障がいや疾病はあるがADL全般の援助・介護が可能な場合

4 「特に記載すべき事項」

本人の状況や介護者の障がい・疾病などに関して、介護の手間等が具体的にわかるよう記載する。

※ 他の医療機関や入所施設等に現在入院(所)している申込者の評価基準算定は、原則として退院(所)後に予想される状況で判断する。
