

(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~
	_____	_____	_____年 月 日~ _____年 月 日~
既往症	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
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) _____		

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。
