

指定介護老人福祉施設《特別養護老人ホーム》入居申込書兼台帳

申込者氏名	フリガナ		施設記入欄	申込日	年 月 日	
				受付日	年 月 日	
	〒	続柄		受付番号		
	住所			担当者名		
	電話番号:			社会福祉法人 賛幸会 特別養護老人ホーム はまゆう 特別養護老人ホーム のではまゆう		
	携帯電話:					

今後、連絡等は申込の方に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)	要介護度	1・2・3・4・5		
	要介護認定期間	年 月 日 から		変更申請日		
		年 月 日 まで		変更申請理由		
	自宅住所	〒	電話番号			
	現在の居所	<input type="checkbox"/> 自宅で単身 <input type="checkbox"/> 高齢者のみ世帯 <input type="checkbox"/> 自宅で家族と同居 <input type="checkbox"/> 他施設や病院に入院入所中				
	同居者	<input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 夫又は妻 <input type="checkbox"/> 子ども <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 同居なし				
	※自宅以外に居住している場合に記入	施設・病院等の名称		住所	〒	
		入所・入院期間	年 月 日から ( 年 ヶ月)		電話番号	
入居申込理由	<input type="checkbox"/> 介護するものがないため <input type="checkbox"/> 介護するものが「高齢」、「障害」、「疾病」等により十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護しているものが就労していることから、(昼間独居で常時の)十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護するものの身体的・精神的負担が大きく十分な介護ができないため <input type="checkbox"/> 介護するもの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方 <input type="checkbox"/> 経済的負担が大きいため					
※要介護度が1,2の方のみが記入	要介護1又は2の方が入所されるためには、下記のいずれかに該当する必要があります。ご自身の判断で該当すると思われる項目に印をつけてください。 <input type="checkbox"/> 認知症である者であって、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見られる。 <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見られる。 <input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難である。 <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。					
本人の入居意向	<input type="checkbox"/> 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"/> 理解困難					

本 人 の 状 況	担当 ケアマネジャー名		居宅介護支援 事業所名	電話番号	
	居宅サービスの利用の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
	医 療 の 状 況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> インスリン自己注射 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 留置カテーテル			
		<input type="checkbox"/> その他 ( )			
		治療中の病名			
		受診している医療機関			
	他施設への 申し込み状況	<input type="checkbox"/> 当施設のみ <input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込んでいる ( 箇所)			
すでに申し込んでいる他の施設名					
今後申し込む予定の施設名					
特養待機期間(最初の申込期間からの経過年月) 年 月					
はまゆうへの申し込み状況	特養はまゆう ・のぞらはまゆう ・老健はまゆう ・グループホームはまゆうの里				
主 た る 介 護 者 の 状 況	フリガナ 介護者名				
	続柄( ) 年齢 ( )				
	同居以外の親族・援助者の有無 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 兄弟・親族等 <input type="checkbox"/> 親族はないが援助者あり <input type="checkbox"/> 親族、援助者なし				
意見等(現在の介護で困っている事等)					
入居申し込みの際し、入居申し込みから入居契約までの手続き及び入居順位の決定方法について、施設から、説明を受けました。 令和 年 月 日 氏名 続柄( )					
同 意 書	今後、指定介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)への入居申込者の状況を調査するために、氏名、生年月日、住所、入居申込理由について、県及び保険者(市町村)に報告することに同意します。 令和 年 月 日 氏名				

様式2

指定介護老人福祉施設【特別養護老人ホーム】 入居選考調査票

入居申込者(本人)氏名		被保険者番号			
受付番号		保険者(番号)			
事業所名		連絡先電話番号			
担当ケアマネジャー等氏名		職種			
基 本 的 評 価 基 準					
要介護度	認知症老人の日常生活自立度	在宅サービスの利用率	介護者の状況	地域性	合計
1・2・3	I. II a. II b. III a	%	別紙参照	同一市町村及び 近隣所町村 県内・県外	
4・5	III b. IV. M 正常	<input type="checkbox"/> 未利用 <input type="checkbox"/> 入院・入所中			
点数	点	点	点	点	
ケ ア マ ネ ジ ャ ー 等 記 入 欄	令 和 年 月 日 （ 記 入 日 ）	【本人の心身の状況】		【在宅生活に支障がある状況】	
		<input type="checkbox"/> 常時介護や見守りが必要である <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 食事・排泄・入浴等日常生活全般を通じ、介助が必要である <input type="checkbox"/> 多少の一部介助や見守りを必要とする <input type="checkbox"/> ほとんど自立による日常生活が可能である <input type="checkbox"/> その他( )		<input type="checkbox"/> 近くに在宅サービス事業者がなく利用が困難 <input type="checkbox"/> 十分なケアが受けられない <input type="checkbox"/> 病院などの入院者で帰る家がない <input type="checkbox"/> 経済的理由 <input type="checkbox"/> その他( )	
		【介護者の状況】		【住環境】	
		<input type="checkbox"/> 介護者がまったくいない <input type="checkbox"/> 介護者がいるが他に介護や育児が必要な者がいる <input type="checkbox"/> 十分な介護が困難(高齢、障害、疾病、就労、その他: ) <input type="checkbox"/> 遠隔地にいる <input type="checkbox"/> 近隣にいる <input type="checkbox"/> 同居の家族がいる( 人) <input type="checkbox"/> その他( )		<input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 在宅サービスの利用に必要な住環境に支障がある <input type="checkbox"/> 施設や病院から退所を求められている <input type="checkbox"/> その他( )	
		【在宅生活継続の可能性】		【参考項目】	
		<input type="checkbox"/> 極めて困難 <input type="checkbox"/> 在宅サービスを利用しているでも在宅生活に支障がある <input type="checkbox"/> 検討の余地あり <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> その他( )		① 家族の負担感 <input type="checkbox"/> 介護疲れがひどい <input type="checkbox"/> 在宅サービスを利用しているが介護疲れがある <input type="checkbox"/> 在宅サービスを利用にて順調 <input type="checkbox"/> 在宅サービスの利用はないが順調 ② 意思疎通 <input type="checkbox"/> 慣れた人でも意思疎通は困難 <input type="checkbox"/> 家族など慣れた人なら問題ない <input type="checkbox"/> 特に問題ない ③ 入所について <input type="checkbox"/> 強く拒否している <input type="checkbox"/> 強く拒否傾向 <input type="checkbox"/> 同意している <input type="checkbox"/> 意思確認が困難 <input type="checkbox"/> 強く望んでいる <input type="checkbox"/> 希望はしていないが同意している	
《特記事項》					

介護 支 援 専 門 員 記 入 欄	年 月 日 記 入	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	
		特記事項	

入所申込書受付日			年	月	日	受付番号	入所日	年	月	日	
施 設 記 入 欄	年 月 日	要介護度	認知症高齢者の日常生活自立度	在宅サービスの利用率	介護者の有無	地域性	合計				
		1. 2. 3.	I・IIa・IIb・IIIa・ IIIb・IV・M・正	%	単身	同一市町村	点				
		4. 5		<input type="checkbox"/> 未利用 <input type="checkbox"/> 入院・入所中	同居	圏域内隣接市					
				点	点	点	点				
		【評価すべき特記事項】									
施 設 記 入 欄	年 月 日	要介護度	認知症高齢者の日常生活自立度	在宅サービスの利用率	介護者の有無	地域性	合計				
		1. 2. 3.	I・IIa・IIb・IIIa・ IIIb・IV・M・正	%	単身	同一市町村	点				
		4. 5		<input type="checkbox"/> 未利用 <input type="checkbox"/> 入院・入所中	同居	圏域内隣接市					
				点	点	点	点				
		【評価すべき特記事項】									

		氏名	
<b>身体 の 状 況</b> (該当するものすべてにチェック)	食 事 摂 取	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (食事の種類) (主食) <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 粥(    ) <input type="checkbox"/> ミキサー (副食) <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ミキサー	特記事項:
	排 泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (おむつの使用) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 昼夜 <input type="checkbox"/> 夜間のみ	
	入 浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	更 衣	<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	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (歩行) <input type="checkbox"/> つかまり歩き <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 老人車 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 寝たきり	
	寝 返 り	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	起 上 り	<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 乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	視 力	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 眼鏡	
	聴 力	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 補聴器 <input type="checkbox"/> 難聴	
	言 語	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 失語    (手段:    )	
医療行為の有無	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 疼痛看護 (    )		
<b>認知症・精神の症状</b> (該当するものすべてにチェック)	<input type="checkbox"/> 一人で留守番が出来ない <input type="checkbox"/> 電話の対応がわからない <input type="checkbox"/> 買い物や金銭管理等のミスが多い <input type="checkbox"/> 夜間の不眠がある <input type="checkbox"/> ひどい物忘れがある <input type="checkbox"/> 自分の名前がわからない <input type="checkbox"/> 家族の名前がわからない <input type="checkbox"/> 自分の居る場所がわからない <input type="checkbox"/> 今の季節がわからない <input type="checkbox"/> 同じ話しを繰り返す <input type="checkbox"/> 被害的な話、作り話をする <input type="checkbox"/> 収集癖がある <input type="checkbox"/> 火の不始末がある		<input type="checkbox"/> 知らない間に居なくなったり、迷子になったことがある <input type="checkbox"/> すぐに涙ぐんだり、感情が不安定である <input type="checkbox"/> すぐかっとなったり、イライラする <input type="checkbox"/> 暴力を振るうことがある <input type="checkbox"/> 介護への抵抗がある <input type="checkbox"/> 多動、落ち着きがない <input type="checkbox"/> 徘徊がある <input type="checkbox"/> 幻覚・妄想がある <input type="checkbox"/> 物を壊す、衣類を破る <input type="checkbox"/> やたらに口に物をいれる(多食) <input type="checkbox"/> 食べられない物を口に入れる(異食) <input type="checkbox"/> 失禁がある(尿・便) <input type="checkbox"/> その他(    )