

特別養護老人ホーム「おおうち」入所申込書

令和 年 月 日

施設長 様

申込者氏名 続柄 ()

住 所

電話番号 ()

特別養護老人ホームおおうちに入所したいので、次の通り申込み致します。

入 所 対 象 者	被保険者番号	※介護保険証でご確認ください											
	フリガナ	※必ずフリガナも記入ください											
	氏 名												
	生年月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和									歳	性 別	1. 男 2. 女
		年			月			日					
	要介護 状態区分	要介護度 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 (介護認定申請中 : 申請日 平成 年 月 日)											
	認定有効 期 間	平成		年		月		日	から				
		令和		年		月		日	まで				
住 所													
電話番号	()					FAX番号	()						
家族等の状況	氏 名	続柄	年齢	職 業	同居・別居	別居先の電話番号等							
					同・別								
					同・別								
					同・別								
					同・別								
					同・別								
					同・別								

私は、上記入所者情報について、特養おおうちが市町村介護保険事業計画書策定等のため、情報提供を求められた場合には、その使用について同意します。

対象者名 印

申込者名 印

(施設記入欄) 【 受付NO. 】

受付年月日	令和 年 月 日	受付者氏名	印
特記事項			

入 所 申 込 調 査 表

調査年月日	令和 年 月 日	調査氏名者
現 状	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 特養 <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 療養型 <input type="checkbox"/> 他施設 <input type="checkbox"/> その他 ()	
介 護 保 険 サ ー ビ ス 確 認 欄	利用している介護保険サービス <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> その他()	
	調査時点での在宅サービスの利用単位数() 単位) 他施設申込状況()	
健 康 保 険	種 別	年 金 等 種 別
障 害 手 帳 等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(手帳の種類、障害名 判断(級、その他)	
食 事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 入れ歯()	
	内 容	主食 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> 食事制限 () 副食 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 細食 <input type="checkbox"/> ミキサー () <input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク
入 浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (特浴・中間浴・一般浴・夜間浴)	
脱 着 衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
排 泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 排泄状況 (<input type="checkbox"/> 便器 <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> オムツ等) 下剤服用 (有・無) 便 日 回 失禁(有・無)	
移 動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 歩行状況 (<input type="checkbox"/> 自力歩行 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 立位不可) 移動器具の使用(<input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 老人カー <input type="checkbox"/> 車椅子等) (状況)	
視 力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 全盲 (老眼鏡使用 有・無) (状況)	
聴 力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 大声で聞こえる <input type="checkbox"/> 難聴 (状況)	
言 語・会 話	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不明瞭 <input type="checkbox"/> 失語 <input type="checkbox"/> 会話不能	
痴 呆 等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (軽度・中度・重度) 問題行動 (<input type="checkbox"/> 失見当識 <input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> その他) (状況)	
薬 の 服 用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (薬名等)	
既 往 歴	昭・平・令 年 月 (頃)	
	昭・平・令 年 月 (頃)	
	昭・平・令 年 月 (頃)	

【特記事項】
---------------	-------------------------

介護支援専門員意見書

1. 本人の状況

要 介 護 度	5	4	3	2～1
---------	---	---	---	-----

痴呆による不適応行動	非常に多い	やや多い	少しあり	なし
------------	-------	------	------	----

2. 在宅サービス利用度

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

3. 主たる介護者・家族等の状況

① 世帯の状況	独居	高齢者世帯	その他
② 介護者の性別・年齢・続柄	男・女	歳（本人からみた続柄	）
③ 介護者の介護負担	重い	やや重い	軽い 負担なし
④ 介護者の障害・疾病	無・有（	）	
⑤ 介護者の就労	無・有（職種等	日／週	時間／日）
⑥ 他の要介護者	無・有（要支援、要介護	1 2 3 4 5	）
⑦ 介護者が育児、家族が病気	無・有（	）	
⑧ 介護者の介護の関わり方	介護拒否	非常に消極的	やや消極的 普通
⑨ 他の同居介護補助者	無・有（続柄	）	日／週程度（
⑩ 別居血縁者介護協力	無・有（続柄	）	日／週程度（
⑪ 近隣者等の介護協力	ほとんどなし	随時あり	常時有り

4. 特記事項及び意見

① 医療的処置	: 膀胱カテーテル、経管栄養、酸素療法等
② 住宅環境	: 廊下、階段、便所、浴室等の住宅改修困難等
③ 入所待機期間	: 待機期間が1年以上になっている。
④ 長期入院等に退院後の再入所	
⑤ その他	

要介護1又は2の方が入所するためには、下記のいずれかに該当することが必要です。該当する項目に印を付けてください。

- 認知症である者であって、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる
- 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・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られる
- 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
- 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

意見書作成日 令和 年 月 日

意見書作成者 印

居宅事業者名