

# 特別養護老人ホーム「おおうち」入所申込書

平成 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
		平成		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	平成 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	平成 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り用単位数( ) 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 年 月 (頃)	
	昭・平 年 月 (頃)	
	昭・平 年 月 (頃)	

<b>【特記事項】</b>	..... ..... .....
---------------	-------------------------

# 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	

意見書作成日 平成 年 月 日

意見書作成者 印

居宅事業者名