

特別養護老人ホームかくのだて桜苑入所申込書

平成 年 月 日

特別養護老人ホームかくのだて桜苑
施設長

申込者氏名 続柄()
住 所
電話番号

特別養護老人ホームかくのだて桜苑に入所したいので、次の通り申し込み致します。

| | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------|--------|----------------|-----|-----|-------|--------|---|------|--|---|----|---------|--|--|
| 入 所 対 象 者 | 被保険者番号 | | | | | | | | | | | | | |
| | フリガナ | | | | | | | | | | | | | |
| | 氏名 | | | | | | | | | | | | | |
| | 生年月日 | 1.明治 | | | 2.大正 | | | 3.昭和 | | | 性別 | 1.男 2.女 | | |
| | | | | 年 | | | 月 | | | 日 | | | | |
| | 要介護 | 要介護度 3 ・ 4 ・ 5 | | | | | | | | | | | | |
| | 認定有効 | 平成 | | | 年 | | | 月 | | | 日 | から | | |
| | 期間 | 平成 | | | 年 | | | 月 | | | 日 | まで | | |
| | 住 所 | | | | | | | | | | | | | |
| 電 話 番 号 | | | | | | | | | | | | | | |
| 家族等 の状況 | 氏 名 | 続 柄 | 年 齢 | 職 業 | 同居・別居 | 別居先電話等 | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| 特例入所申込理由記載欄(居室において日常生活を営むことが困難な理由等) | | | | | | | | | | | | | | |
| 要介護 1 ・ 2 | | | | | | | | | | | | | | |

私は、上記入所申込者情報について、かくのだて桜苑が市及び介護保険事務所より、情報を求めた場合には、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 票

| | | | |
|---------------------|--|--|------|
| 調査年月日 | 平成 年 月 日 | 調査者氏名 | |
| 現 状 | <input type="checkbox"/> 訪問介護 <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"/> 訪問介護 <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 | | |
| | <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) | | |
| | 他施設申し込み状況() | | |
| 健康保険 | 種 別 | 年金等 | 種 別 |
| 障 害 者 手 帳 等 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (手帳の種類、障害名 判 定 (級 その他 | | |
| 食 事 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経管栄養(胃ろう 経鼻) | | |
| | 内 容 | 主食 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> ミキサー 食事制限() | |
| | | 副食 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 刻み <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) | | |
| 着 脱 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 | | |
| 認知症状等 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(軽度・中度・重度) | | |
| | 症状 (<input type="checkbox"/> 失見当 <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) |

【特記事項】

介護支援専門員等意見書

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 | 介護者が障害や疾病 | 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者 | ほとんどなし | 随時あり | 常時あり |

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 | 住居環境: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

事業所名

意見書作成者

印