

# 特別養護老人ホームかくのだて桜苑入所申込書

令和 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												性別	1.男		2.女			
	1.明治			2.大正			3.昭和			年			月			日				
	要介護	要介護度 3 ・ 4 ・ 5																		
	認定有効	令和			年			月			日	から								
	期間	令和			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(居宅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 \_\_\_\_\_

申込者名 \_\_\_\_\_

施設記入欄 【 受付No. \_\_\_\_\_ 】

受付年月日	令和 年 月 日	受付者氏名	
特記事項			

# 介護支援専門員等意見書

## 1.本人の状況

現 状	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> その他			
食 事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
移 動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす			
認知症による不適応行動	<input type="checkbox"/> 非常に多い	<input type="checkbox"/> やや多い	<input type="checkbox"/> 少しあり	<input type="checkbox"/> なし
認知症の行動・心理症状	<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言・暴行 <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> その他			
主 な 病 気				
他施設申込状況				

## 2.在宅サービス利用度

在宅サービス利用限度割合	<input type="checkbox"/> 60%以上	<input type="checkbox"/> 50%以上	<input type="checkbox"/> 30%以上	<input type="checkbox"/> 30%未満
--------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

## 3.主たる介護者・家族等の状況

①	世帯の状況	<input type="checkbox"/> 独居	<input type="checkbox"/> 高齢者世帯	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 重い	<input type="checkbox"/> やや重い	<input type="checkbox"/> 軽い <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 介護拒否	<input type="checkbox"/> 非常に消極的	<input type="checkbox"/> やや消極的 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> ほとんどなし	<input type="checkbox"/> 随時あり	<input type="checkbox"/> 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 令和 年 月 日  
 事業所名  
 意見書作成者名