

様式1

# 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	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			年			月			日	から									
	期間			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 票

調査年月日	令和 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	<input type="checkbox"/> 主食 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> ミキサー 食事制限( )	
		<input type="checkbox"/> 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 ( <input type="checkbox"/> 自力歩行 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 立位不可 <input type="checkbox"/> その他 )		
	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 <input type="checkbox"/> その他 ) ( 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・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 令和 年 月 日

事業所名

意見所作成者

印