

# 特別養護老人ホーム飯島 入居申込書

申込日 平成 年 月 日

社会福祉法人友遊会  
特別養護老人ホーム飯島  
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飯島に入居したいので、次の通り申し込みいたします。

入居対象者	フリガナ	※必ずフリガナも記入して下さい										
	氏名								性別	男 ・ 女		
	生年月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和		年		月		日		歳		
	住所	〒 -										
	電話番号						F A X 番号					
	被保険者番号									※介護保険証でご確認ください		
	保険者番号						保険者名					
	要介護区分	要介護度 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5							※介護保険証のコピーを添付してください			
		(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		～		平成 年 月 日							
家族等の状況	氏名	年齢	続柄	職業	同居・別居	連絡先等						
					同 ・ 別							
					同 ・ 別							
					同 ・ 別							

<p>1. 私は、上記入居申込者情報について特別養護老人ホーム飯島が町村介護保険事業計画策定等のため 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。</p> <p>2. 上記申込者の状況の変化については、原則として申込者等からの申告があった場合のみ情報を 更新することに、私は同意します。</p>	
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			

**特別養護老人ホーム飯島 入居申込調査票**

入居対象者氏名：	被保険者番号：
----------	---------

調査年月日	年 月 日	記入者	家族・担当ケアマネ
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"/> その他 ( )		
利用施設名	病院・施設名： ※自宅の場合は未記入		
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"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> 短期入所 <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) 他施設申込み状況：		
健康保険	種別	年金等	種別
障害手帳等	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 手帳の種類： 障害名： 判定： 級 種、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"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク 主食 <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> ペースト 食事制限 ( ) 副食 <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 刻み食 <input type="checkbox"/> ペースト 経管栄養 ( ) <input type="checkbox"/> 入れ歯 ( ) <input type="checkbox"/> トロミ ( )		
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 特浴 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 便器 <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> おむつ等 ( ) 失禁 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 下剤服用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 排便 日 回 人工肛門、膀胱留置カテーテル等 ( )		
歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 自立歩行 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 立位不可 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> シルバーカー等 状況：		
視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 全盲 老眼鏡の使用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 状況：		
聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 大声が聞こえる <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 状況：		
認知症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 ) 状況：		
薬の内服	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 薬名等 ( )		
既往歴	年 月 (頃) ( ) 年 月 (頃) ( ) 年 月 (頃) ( ) 年 月 (頃) ( ) 年 月 (頃) ( )		
特記事項			

## 介護支援専門員意見書

入居対象者氏名：	被保険者番号：
----------	---------

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額割合	60%以上	50%以上	30%以上	30%未満
※右の内容が含まれる場合は○をつける	<input type="checkbox"/> 施設利用者	<input type="checkbox"/> 特別理由		

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	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> 歳	続柄 <input style="width: 80px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	
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	<input type="checkbox"/> 介護困難	<input type="checkbox"/> 多少介護	<input type="checkbox"/> 介護可能	<input type="checkbox"/> なし
⑤介護者の就労	<input type="checkbox"/> 8時間以上 高齢で就労不能	<input type="checkbox"/> 4~8時間	<input type="checkbox"/> 4時間未満	<input type="checkbox"/> なし
⑥他の要介護者	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	(要支援 要介護 <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> )		
⑦介護者が育児、家族が病気	<input type="checkbox"/> 常時育児・看病	<input type="checkbox"/> 半日育児・看病	<input type="checkbox"/> 随時育児・看病	<input type="checkbox"/> なし
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	<input type="checkbox"/> ほとんどなし	<input type="checkbox"/> 随時あり	<input type="checkbox"/> 常時あり	(続柄 <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> )
⑩別居血縁者介護協力	<input type="checkbox"/> ほとんどなし	<input type="checkbox"/> 随時あり	<input type="checkbox"/> 常時あり	(続柄 <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> )
⑪近隣者等の介護協力	<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	
	点数 <input style="width: 80px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> 10点満点
①医療的処置（人工肛門、膀胱留置カテーテル、経管栄養、酸素療法等）	
②住居環境	理由 <input style="width: 100%; height: 100%; border: 1px solid black;" type="text"/>
③入所待機時間	
④長期入院等に退院後の再入居	
⑤その他	

5. 特例入居申込理由記載欄（居宅において日常生活を営むことが困難な理由等）	意見書作成年月日
	年 月 日
	意見書作成者所属・連絡先
	意見書作成者
	印