

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 | | | | | | | FAX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: 60px; 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: 150px; 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 |