

特別養護老人ホーム 玉泉 入所申込書

申込者（今後の郵便物・電話等の連絡先）

申込日	令和	年	月	日
受付日	令和	年	月	日

〒	—
住所	
氏名	
電話	
携帯電話	

申し込み先 (入所希望施設)	特別養護老人ホーム 玉泉			介護保険証 保険者名										
入所申込者の 状況	フリガナ		性別	介護保険証 被保険者番号										
	氏名	㊟	男 ・ 女	要介護度	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5									
	生年月日	明・大・昭	年	月	日	(歳)	要介護認定 有効期間	令和	年	月	日	から		
	現住所	〒 —												
	現況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人で暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 老健等施設や病院に入っている(下記にご記入ください) 施設名 又は 病院名 : _____ 施設・病院の所在地 : _____ 入所 又は 入院時期 : _____ 年 _____ 月 _____ 日 から 入所・入院している												
	入所希望理由 (該当項目を 全て選んで ください)	<input type="checkbox"/> 介護者が誰もいないため <input type="checkbox"/> 介護者が生活のため仕事に就いているので介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護者が未就学児の子や孫の世話をしているため <input type="checkbox"/> 介護者が病気や障害などで介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護者が申込者以外にも介護を行っているため <input type="checkbox"/> その他 (_____)												
	入所希望時期	<input type="checkbox"/> 入所可能になればすぐ入所を希望する。 <input type="checkbox"/> 入所可能にならないとわからない。												
	医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> その他 (_____) 【 現在治療中の病気・特記事項 等 】												
申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込む <input type="checkbox"/> 他の施設も申し込んでいる、又は今後 他の施設も申し込む予定 既に申し込んでいる他の施設名 (_____) (_____) (_____) 今後申し込む予定の他の施設名 (_____) (_____) (_____)													
主たる 介護者	フリガナ		性別	【 家族構成 】 回・◎ 本人 ■・● 死亡 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 同居内は円で囲む。										
	氏名	㊟	男 ・ 女											
	本人との関係													
	生年月日	明・大・昭	年									月	日	(歳)
	同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している(下記に記載) 住所 : _____												
意見	【 介護をしている上で困っていること等 】													
同意書	・申込み施設が担当ケアマネージャーから入所判定に必要な入所申込者等の状況情報を受け取ることに同意します。 ・申込み施設が行う申込みの継続意思確認調査に対して、回答が無く、申込みの意思が継続していることが確認できない場合、施設が申込みを取り消すことに同意します。 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 <div style="text-align: right;">(本人もしくは申込者) 氏 名 : _____ ㊟</div>													

※介護保険証の写しを入所申込書と一緒に提出をお願い致します。

特別養護老人ホーム 玉泉 入所調査票

対象者		被保険者 番号							
-----	--	------------	--	--	--	--	--	--	--

担当ケア マネ記入欄	担当ケア マネ氏名	事業所名	連絡先 電話番号				
	本人の状況		介護の必要性		在宅介護の困難性		総合
	要介護度	認知症日常生活 自立度	知的障害 精神障害等	在宅サービス利 用率(前月分)	老健・病院等 の入所	介護者の状況(有無、長期入院、高齢・ 障害、他に介護者、就業・育児、介護困 難)	
			有 ・ 無	給付額利用率 %	年 月		
	【意見】 年 月 現在						

(要介護1・2のみ)担当ケアマネ記入欄)	(該当するものすべてを選んでください) 特例入所申込み に該当する事由	<input type="checkbox"/> 認知症である者であって、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられるため。
		<input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や、意思疎通の困難さ等が頻繁にみられるため
		<input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待が疑われる等による、心身の安全・安心の確保が困難であるため。
		<input type="checkbox"/> 単身世帯である、同居家族が高齢者又は病弱である等により、家族等による支援が期待できず、且つ、地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分であるため。
		()
※ <input type="checkbox"/> にチェックを入れ、[]内には入所希望者の具体的な状況を記載し、その状況が確認できる書類を添付してください。		

施設 記入 欄	入所申込書受付日： 年 月 日			入所決定日： 年 月 日			
	本人の状況		介護の必要性		在宅介護の困難性		総合
	要介護度	認知症日常生活 自立度	知的障害 精神障害等	在宅サービス利 用率	老健・病院等 の入所	介護者の状況(有無、長期入院、高齢・ 障害、他に介護者、就業・育児、介護困 難)	
			有 ・ 無	%	年 月		
	【意見】 年 月 現在						

A D L の 状 況

氏名 () 記入者氏名 () 年 月 日 現在

既往歴・入院歴等	既往歴
	入院歴
	内服薬 有・無
	主治医等 医療機関名 主治医氏名 科目
移動・移乗等	自立・一部介助・全介助
	独歩・杖歩行・歩行器・車椅子（自走可・不可）・リクライニング型車椅子
	立ち上がり 自立・一部介助・全介助 座位 自立・一部介助・全介助
	褥瘡（有・無） 箇所（ ）
	麻痺 支障有り・支障なし（左上肢・左下肢・右上肢・右下肢） 拘縮（ ）
排泄	自立・声掛け・見守り・一部介助（昼間・夜間）・全介助（昼間・夜間）
	尿意（有・無） 便意（有・無）
	トイレ・ポータブルトイレ・布パンツ・紙パンツ・パッド・紙オムツ
衣類の着脱	自立・声掛け・見守り・一部介助・全介助
	特記事項
入浴	自立・声掛け・見守り・一部介助・全介助
	一般浴・家庭浴・機械浴
睡眠	意思疎通 支障有り・支障なし
	睡眠 支障有り・支障なし
視力聴力	視力 支障有り・支障なし
	聴力 支障有り・支障なし
食事	自立・声掛け・見守り・一部介助・全介助
	糖尿食・減塩食・普通食・軟飯・お粥・キザミ食・ミキサー食
	箸・スプーン・フォーク・エプロン
	アレルギー 有・無
その他	介護の負担 介護負担大・介護負担やや大きい・介護負担普通・介護負担少ない
	家族等の問題 介護能力なし・介護能力低い・介護能力普通・介護能力高い
	問題行動 暴言/暴行・不潔行為・1人で出たがる・1人で戻れない・徘徊・介護抵抗
	異食行為・昼夜逆転・火の不始末・物を壊す・その他（ ）