

特別養護老人ホーム「広洋苑」入所申込書

平成 年 月 日

特別養護老人ホーム「広洋苑」

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広洋苑に入所したいので、次の通り申し込み致します。

被保険者番号											※ 介護保険証でご確認ください	
フリガナ 氏 名	※ 必ずフリガナもご記入ください											
生年月日	1. 明治	2. 大正	3. 昭和	年	歳	性別	1.男	2.女				
		年		月		日						
要介護 状態区分	要介護度 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ( 介護認定申請中 : 申請日 年 月 日 )											
認定有効 期 間	平成			年			月			日	から	
	平成			年			月			日	まで	
住 所												
電話番号	( )					FAX番号	( )					
家族等の状況	氏 名	続柄	年齢	職 業	同居・別居	別居先の電話等						
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)												

私は、上記入所申込者情報について、関係自治体が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。

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			

入 所 申 込 調 査 票

調査年月日	平成	年	月	日	調査者氏名	
現 状	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 <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 ) 他施設申込み状況 ( )					
健康保険	種 別		年金等	種 別		
障害手帳等	<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 入れ歯 ( )					
	内 容	主食 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> ミキサー 食事制限 ( ) 副食 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 細食 <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・夜間浴)					
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					
	歩行状況 ( <input type="checkbox"/> 自力歩行 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 立位不可 ) 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 ) ( 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					
認知症等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 軽度 ・ 中度 ・ 重度 ) 問題行動 ( <input type="checkbox"/> 失見当識 <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 (薬品名 )					
既 往 歴	昭・平 年 月 (頃)					
	昭・平 年 月 (頃)					
	昭・平 年 月 (頃)					

【特記事項】

介護支援専門員意見書

## 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額割合	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	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 平成 年 月 日  
 意見書作成者 \_\_\_\_\_ 印