

申込日	年 月 日	受付日	年 月 日
-----	-------	-----	-------

特別養護老人ホーム江東園 入所申込書

特別養護老人ホーム江東園 施設長 様

申込者(連絡先)

住所	〒
(フリガナ) 氏名	(入所希望者との続柄)
連絡先	

貴施設に入所したいので、次のとおり申し込みます。

入所希望者 氏名	(フリガナ)	性別	男 ・ 女
		生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)
現住所	〒 電話番号 ()		
介護保険	被保険者番号	保険者(市町村)	
	要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5	
	認定期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
	負担割合	割負担	利用者負担段階 第 段階
医療保険	後期 ・ 国保 共済 ・ 組合 ・ 生活保護		記号番号
障がい者 手帳等	手帳の種類 _____ (障がい名: _____) 判定 _____ 級(度) 年 月 日		
現況	<input type="checkbox"/> 自宅 (単身 ・ 同居) <input type="checkbox"/> 施設(病院)に入所(入院)中 名称 _____ (年 月 日 ~)		
担当介護支援 専門員	氏名		電話番号 ()
	事業所名		
医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ(人工肛門) <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> その他()		
	現在治療中の病気		
	病名	入院・通院医療機関名	期 間
			年 月 日 ~ 年 月 日
			年 月 日 ~ 年 月 日
			年 月 日 ~ 年 月 日
			年 月 日 ~ 年 月 日
			年 月 日 ~ 年 月 日
			年 月 日 ~ 年 月 日
入所希望者の 意向	<input type="checkbox"/> 今すぐに入所したい <input type="checkbox"/> 年 月頃までには入所したい ※他施設の入所申込状況 <input type="checkbox"/> 江東園にのみ申し込んでいる <input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込んでいる (他の施設名) _____		

家族構成

氏名	続柄	同居又は別居	生年月日	住所
		同居・別居	・	

日常生活動作

寝返り	自立・一部介助・全介助・不可	排泄	自立・一部介助・全介助
起き上がり	自立・一部介助・全介助・不可		トイレ・ポータブルトイレ
座位保持	自立・一部介助・全介助・不可		紙パンツ・オムツ
立ち上がり	自立・一部介助・全介助・不可		その他
立位保持	自立・一部介助・全介助・不可	発語	正常・不自由・不可
移動	自立・一部介助・全介助・不可 (独歩・杖・歩行器・車椅子)	言語理解	正常・ある程度可能・不可能
		意思表示	正常・ある程度可能・不可能
食事	自立・一部介助・全介助・不可	徘徊	無・居室内・屋内・屋外

留意事項	<p>・本入所申込書に記載した事項に変更があった場合、あるいは他の特別養護老人ホーム等に入所した場合は、必ず当施設に連絡をしてください。</p> <p>・こちらの申込書は、必ず控えをとってお手元で保管してください。</p> <p>・本申込書は、施設が申込受付した日の翌月1日から2年間有効です。この期間を経過し、連絡がない場合は取り下げたものとみなしますので、ご注意ください。</p> <p style="text-align: center;">【連絡先】</p> <p style="text-align: right;">特別養護老人ホーム江東園 電話 025-287-5201 ファックス 025-287-3656 担当者名 神田 一樹</p>
------	---

説明確認及び情報収集に関わる同意	<p>私は、貴施設への入所申込みに際し、入所申込みから入所契約までの手続き及び入所順位の決定方法について施設から説明を受けました。</p> <p>なお、貴施設が入所順位決定のため必要な範囲内において、わたし(入所希望者及びその家族)に関する情報を、市町村、担当地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、他の介護保険施設及び医療機関から収集すること、また、関係市町村に報告提供することに同意します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">入所希望者 _____ (印)</p> <p style="text-align: center;">(自署又は記名押印)</p> <p style="text-align: right;">入所希望者の家族 _____ (印)</p>
------------------	--

特例入所の要件への該当に関する考え (要介護1又は要介護2の方が入所を申込み場合に記入してください。)	<p>入所申込者が、居宅において日常生活を営むことが困難なやむを得ない事由</p> <p><input type="checkbox"/> 認知症である者であって、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が頻繁にみられる</p> <p><input type="checkbox"/> 知的障がい・精神障がい等を伴い、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</p> <p><input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難である</p> <p><input type="checkbox"/> 単身世帯である、同居家族が高齢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、かつ、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</p> <p>(上記要件の具体的な理由)</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>
--	---

特別養護老人ホーム江東園 介護支援専門員意見書

年 月 日

入所申込者氏名: _____

1 本人の状況

要介護度	5	4	3	2・1
------	---	---	---	-----

認知症高齢者の日常生活自立度	I	II	II a	II b	III a	III b	IV	V
----------------	---	----	------	------	-------	-------	----	---

障がい高齢者の日常生活自立度	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2
----------------	----	----	----	----	----	----	----	----

該当する欄に○をお願いします。

頻度	非常に多い (毎日ある)	やや多い (週1~2回程度)	少しあり (月1~2回程度)	なし
認知症等による不適応行動				
夜間不眠や昼夜が逆転している				
1人で外に出たがり目がはなせない				
火の始末や火元の管理ができない				
ろう便行為等の不潔行為がある				
異食行為がある				

2 在宅サービスの利用度

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	独居世帯	高齢者のみの世帯	その他()
②主たる介護者の年齢・続柄	歳 (続柄 :)		
③介護者の障がい・疾病	なし	あり () 介護は困難・多少は介護・介護は可能	
④介護者の就労	なし	あり (職種等) 勤務 日 / 週 , 時間 / 日	
⑤介護者の育児・家族の病気	なし	あり ()	
⑥他の同居介護補助者	なし	あり (続柄: 日 / 週程度)	
⑦別居血縁者の介護協力	なし	あり (続柄: 日 / 週程度)	

(特記事項)

事業所名		担当者		印
------	--	-----	--	---

※作成上の留意事項に関しては裏面に記載してあります。

【作成上の留意事項】

1 「認知症等による不適応行動」

認定調査における行動に関連する項目のうち

- | | |
|---|---|
| ・「夜間不眠や昼夜が逆転している」
・「火の始末や火元の管理ができない」
・「異食行為がある」 | ・「1人で外に出たがり目が離せない」
・「ろう便行為等の不潔行為がある」 |
|---|---|

に関する項目に「ある」又は「ときどきある」が1つ以上ある場合で

- | | |
|--|---------------|
| 「非常に多い」…毎日ある場合
「やや多い」…週に1～2回以上ある場合
「少しあり」…月に1～2回程度ある場合 | } を目安として判断する。 |
|--|---------------|

2 在宅サービスの利用度

サービス利用票別表に基づく支給限度基準額に対するサービス利用額の割合をいう。

(サービス利用単位数／区分支給限度基準額単位数×100)

算定の期間については概ね3か月を標準とし、平均利用割合により判断する。

算定の対象となるサービスは、次のとおりとする。

訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、通所介護、通所リハビリテーション、短期入所生活介護、短期入所療養介護、小規模多機能型居宅介護、福祉用具貸与等

3 「②介護者の障がい・疾病」

「介護は困難」…… 介護者が障がいや疾病のため要介護者の排泄、入浴、移動、着替え、食事などのADL全般

「多少は介護」…… 介護者が障がいや疾病のため概ね2つ程度のADL援助ならばできる場合

「介護は可能」…… 介護者に障がいや疾病はあるがADL全般の援助・介護が可能な場合

を目安として判断する。

※ 他の医療機関や入所施設等に現在入院(所)している申込者の評価基準算定は、原則として退院(所)後に予想される状況で判断する。