

特別養護老人ホームあきた中央 入所申込書

令和 年 月 日

(あて先)

特別養護老人ホームあきた中央 施設長

身元引受人

(続柄)

住所 〒

電話番号

特別養護老人ホームあきた中央に入所したいので、次の通り申し込み致します。

入 所 対 象 者	被保険者番号											※介護保険被保険者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									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	令和	年	月	日	から	認定年月日						
		令和	年	月	日	まで	年	月	日				
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							
					同・別								
					同・別								
					同・別								
特列入所申込記載欄 (居宅において日常生活を営むことが困難な理由等)													

1. 私は、上記入所申込者情報について、あきた中央が市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。
2. 上記申込者の状況等変化については、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。

対象者名

身元引受人

(施設記入欄)

受付NO

受付年月日	令和 年 月 日	受付者氏名	
契約締結居宅介護支援事業所名			

施設長				担当	

入 所 申 込 調 査 票

受付番号

対象者氏名

 様

調査年月日	令和 年 月 日	調査者所属・氏名		
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"/> 他施設 <input type="checkbox"/> その他()			
使用施設	() ※自宅において生活している方は無記入			
介護保険サービス利用状況	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 ()			
他施設申し込み状況	金寿園・高清水寿光園・大平荘・松涛園・光峰苑・南寿園・リデパウらいずみ・新成園 やすらぎ林-けやき・魁聖園・海松園・幸楽園・河辺荘・花の家・一ツ森・八橋 ひなた・松寿園・共生の里・中通・ほどの・飯島・ぬくもり山王・その他()			
収 入	<input type="checkbox"/> 有り・()年金・その他 <input type="checkbox"/> 無し(生活保護受給 有 無)			
障害手帳等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (・身体障害者手帳 ・精神保健手帳 ・療育手帳)			
介護保険負担限度額認定証	<input type="checkbox"/> 有 (段階) <input type="checkbox"/> 無			
食 事 容 容	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 入れ歯(自歯、部分、全)			
	内 主食 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> ミキサー 食事制限() 容 副食 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 細食 <input type="checkbox"/> ミキサー(箸、スプーン、フォーク、その他)			
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 (<input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> リクライニング式車椅子)			
視 力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 全盲 (眼鏡使用 有 無)			
聴 力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 大声で聞こえる <input type="checkbox"/> 難聴 (状況) (補聴器使用 有 無)			
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) 有の場合 (診断名) ※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 (薬名等)			
既往歴	昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月頃			
	昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月頃			
	昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月頃			

※ 備考

介護支援専門員意見書

受付番号

申込者氏名

 様

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○を付ける

施設利用者

特別理由

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	続柄
---	---	---	----

③介護者の介護負担

重い	やや重い	軽い	負担なし
----	------	----	------

④介護者の障害や疾病

介護困難	多少介護	介護可能	なし
------	------	------	----

⑤介護者の就労

8時間以上 就労不能	4～8時間	4時間未満	なし
---------------	-------	-------	----

⑥他の要介護者

無	有	(要支援・要介護)
---	---	-----------

⑦介護者が育児、家族が病气

常時の育児・看病	半日育児・看病	随時育児・看病	なし
----------	---------	---------	----

⑧介護者の介護への関わり方

介護拒否	非常に消極的	やや消極的	普通
------	--------	-------	----

⑨他同居介護補助者

ほとんどなし	随時有り	常時あり	(続柄)
--------	------	------	------

⑩別居血縁者介護協力

ほとんどなし	随時有り	常時あり	(続柄)
--------	------	------	------

⑪近隣者等の介護協力

ほとんどなし	随時有り	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

③入所待機期間（年 月 日申込）

④長期入院等に退院後の再入所

理由

点数

10点満点

5. 備考記入欄

意見書作成年月日 年 月

事業所名

事業所電話番号

意見書作成者